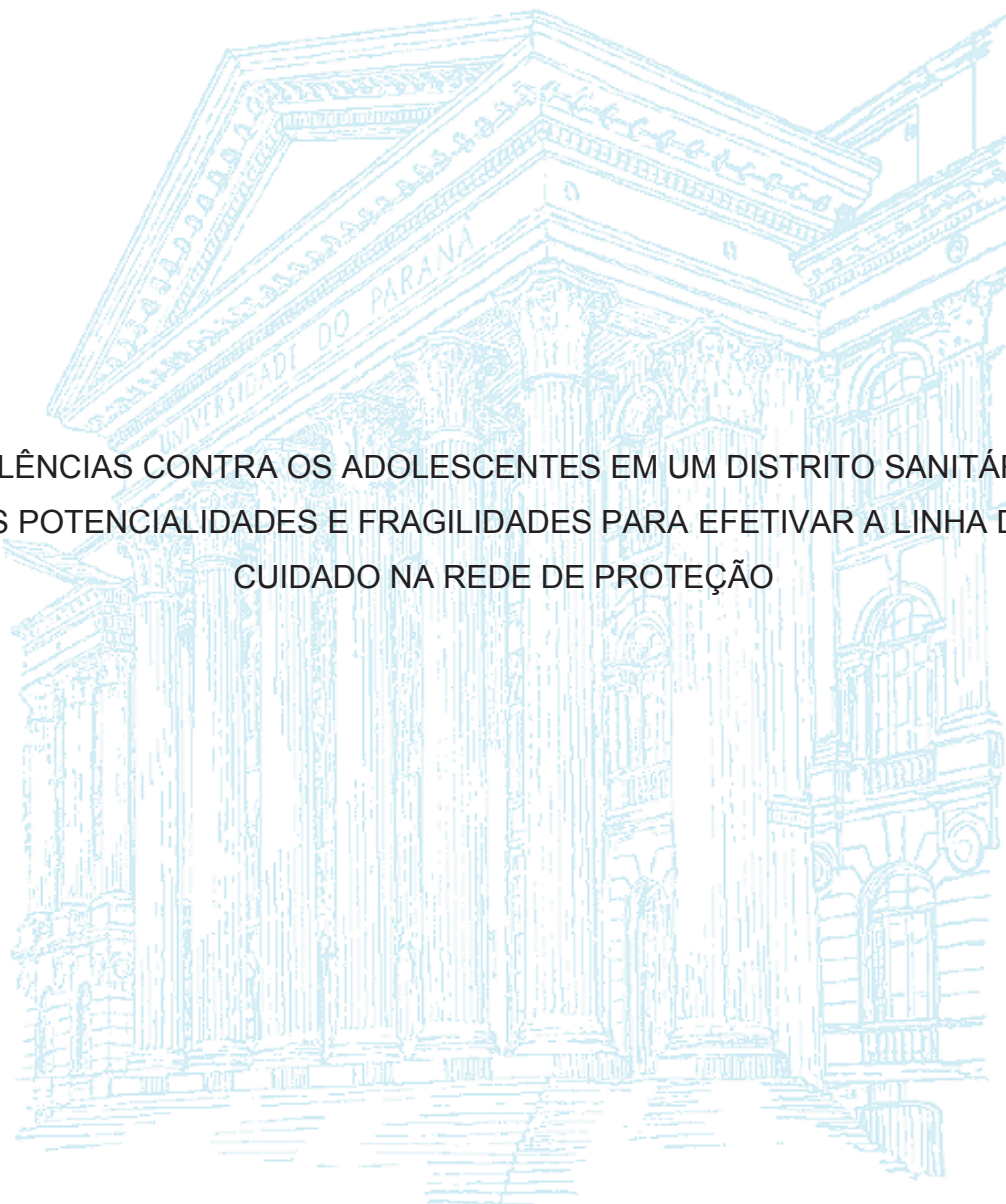


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA MACHADO MARQUES

VIOLÊNCIAS CONTRA OS ADOLESCENTES EM UM DISTRITO SANITÁRIO:
AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA EFETIVAR A LINHA DE
CUIDADO NA REDE DE PROTEÇÃO



CURITIBA

2018

ANA PAULA MACHADO MARQUES

VIOLÊNCIAS CONTRA OS ADOLESCENTES EM UM DISTRITO SANITÁRIO:
AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA EFETIVAR A LINHA DE
CUIDADO NA REDE DE PROTEÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, na linha de Pesquisa de Políticas e Serviços de Saúde, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco
Chaves

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR -
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELA AUTORA

M357 Marques, Ana Paula Machado

Violências contra os adolescentes em um distrito sanitário:
as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de
cuidado na rede de proteção / Ana Paula Machado Marques.

– Curitiba, 2018

152 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

1. Adolescente. 2. Violência. 3. Saúde pública. 4. Políticas
públicas. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WA 330



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ANA PAULA MACHADO MARQUES**, intitulada: **VIOLENCIAS CONTRA OS ADOLESCENTES EM UM DISTRITO SANITÁRIO: AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA EFETIVAR A LINHA DE CUIDADO NA REDE DE PROTEÇÃO**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Agosto de 2018.


MARIA MARTA NOLASCO CHAVES(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


LILIANA MÜLLER LAROCCA(UFPR)


MAÍRA ROSA APOSTOLICO(UnG)

Aos profissionais integrantes da Rede de Proteção e todos aqueles envolvidos no enfrentamento das violências contra crianças e, em especial, os adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecer, não é simples, nesta situação, de conclusão de uma etapa de vida, com dedicação a leitura, pesquisa e produção, muito menos. Porque não é simples dimensionar a importância de cada um e sua contribuição para que isto tudo se tornasse realidade. E a quem ler esta pesquisa, espero que encontrem pessoas como as que encontrei, em seus caminhos.

Agradeço, então, a mim, também por estar orgulhosa e pela persistência na perseguição de um sonho, pela superação das dificuldades, por chegar ao Mestrado e realizar um trabalho que concedesse não apenas um título, mas que pudesse, no meu íntimo, considerar útil à nossa sociedade.

À minha família, em especial aos meus filhos, João Vitor e Gustavo, que tiveram que lidar com as minhas ausências, principalmente em eventos indispensáveis que tive de faltar e ao superarem as alternâncias de humor

Aos meus pais pelo amor, carinho e dedicação, por terem me ensinado que a persistência, dedicação, respeito e disciplina são degraus para estar de bem com a vida pessoal, profissional e comunitária.

Aos meus fiéis amigos e amigas, de perto e de longe, que compreenderam todas as vezes que fiquei em casa para ler, pensar, escrever e reescrever, mas que jamais dispensei a presença seja ela como fosse. Neste momento não cito nomes, primeiro, por não querer deixar ninguém de fora e também porque Deus me abençoou em ter bons e especiais amigos.

Aos meus primeiros mestres e queridos amigos, tanto na Educação Básica, quanto na Graduação e Pós-Graduações, em especial a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves, que foi além de uma professora, uma amiga, nas horas difíceis que passei durante este período, e com a sua paciência, dedicação, e principalmente com a sua sabedoria, me ajudou a trilhar nos caminhos da Saúde Coletiva, despertando-me críticas que jamais um dia poderia ter pensado em ter.

Às minhas colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPR, que me acolheram com enorme carinho, respeitando minhas limitações no processo ensino-aprendizagem, e, que hoje se tornaram minhas legítimas amigas.

A todos meus colegas do mestrado, que dividiam comigo as angústias, preocupações bem como, a alegria de estarmos fechando um ciclo de dever cumprido e com muitas produções científicas relevantes para a sociedade.

Agradeço ainda, a Fundação de Ação Social, a Secretaria Municipal de Educação, o Conselho Tutelar e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, por permitirem não somente o acesso aos dados, mas também as experiências, as trocas de ideias, ao apoio e carinho.

Agradeço ainda, toda a equipe do Distrito Sanitário do Bairro Novo, por sua cordialidade e presteza em participar deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho, que me deram apoio e incentivo para enfrentar essa jornada com alegria e satisfação.

Por fim, agradeço a Deus por abençoar a minha vida, me dando sabedoria para enfrentar as dificuldades e continuar no caminho da dignidade, respeito e solidariedade.

*“Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.”*

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, baseado na epidemiologia crítica, que objetivou descrever as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente, na faixa etária de 10 a 14 anos, vítima de violências em um distrito sanitário no Município de Curitiba, notificadas no período de 2011 a 2015. Os dados secundários foram coletados segundo as informações do Sistema Nacional de Notificações (SINAN), o qual está disponível no Centro de Epidemiologia em Saúde do Município de Curitiba, e outros dados disponíveis para a caracterização do território estudado. Identificou-se, no período do estudo, que o maior número de notificações de violências foi por negligências, e os meninos tiveram maior frequência nesses casos. A segunda natureza de violências mais notificada foi a psicológica, em que os dois sexos tiveram frequências parecidas, apesar de haver um discreto crescimento de violência desta natureza com os meninos. A violência física foi a terceira mais notificada e no período houve redução das suas notificações no território. A quarta violência mais notificada foi a de natureza sexual, e as meninas foram as mais violentadas. Para a abordagem qualitativa, os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 23 profissionais que atuavam na rede de proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo. Os discursos foram analisados segundo a análise de conteúdo, com apoio do *software webQDA*. Na análise emergiram duas categorias e seis subcategorias em cada dimensão da realidade objetiva. Dentre elas, se destacam a dimensão singular, onde houve maior densidade dos discursos. As participantes apontaram a categoria das fragilidades para efetivar a linha de cuidado para o enfrentamento das violências contra adolescentes, enfatizando as ações, os recursos e os instrumentos utilizados na rede de proteção, as articulações intersetoriais e as políticas públicas para o enfrentamento das violências com maior densidade dos discursos, e os serviços que compõem a rede, o trabalho e o percurso do adolescente na rede proteção. Como considerações finais para efetivar a linha de cuidado integral para os adolescentes vítimas de violências, registra-se que o reconhecimento e enfrentamento das violências dependem da definição de políticas públicas e compromisso de governantes e sociedade que objetivem sanar os déficits e as desigualdades sociais, por meio de garantia de acesso ao setor de educação e saúde, como também acesso à cultura, ao esporte, ao lazer, aos bens e serviços que estão sob a responsabilidade do Estado e, principalmente, às condições dignas de vida. Por fim, se propõe a realização de novos estudos no sentido de ampliar a discussão sobre as questões relacionadas aos processos de determinação social do fenômeno das violências contra os adolescentes.

Palavra-Chave: Adolescentes. Violência. Saúde Pública. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

It is an exploratory, descriptive, qualitative and quantitative study based on the critical epidemiology, which aimed to describe the potentialities and weaknesses to consolidate the line of caring for adolescents' comprehensive care, ages ranging 10 to 14 years, victims of violence at a Sanitary District in the municipality of Curitiba, Paraná State, Brazil, reported between 2011 and 2015. Secondary data were gathered according to information from the Sistema Nacional de Notificações (National Reporting System – SINAN), available in the Health Epidemiology Center from the municipality of Curitiba, and other data available to characterize the studied territory. It was identified in the studied period that the highest number of violence reports was due to neglect, and most frequently evidenced towards boys. The second most reported type of violence was the psychological one, with similar frequency among males and females, although there was slight growth of that type of violence among boys. Physical abuse was the third most reported type of violence, and in the studied period, there was a reduction in the reports for that type of violence in the territory. Sexual abuse was the fourth most reported violence, with girls being more abused. As for the qualitative approach, primary data were collected by means of semi-structured interviews with 23 professionals from the protection network of Bairro Novo Sanitary District. The discourses were analyzed according to the content analysis with the support of the webQDA software. Two categories and six subcategories emerged from the analysis in each dimension of the objective reality. Among them, the single dimension stood out, where the highest density of discourses was evidenced. Participants pointed out the category of weaknesses to consolidate the line of caring in order to cope with the violence against adolescents, stressing the actions, resources and instruments used in the protection network, intersector articulations and public policies to cope with the most reported abuses in the discourses, the network services, the work and trajectory of adolescents within the protection network. As final considerations, in order to consolidate the comprehensive line of caring for adolescents, victims of abuse, it is noticed that violence acknowledgement and coping depend on the definition of public policies, as well as authorities and society's commitment to do away with deficits and social inequalities, by means of granting the access to the education and health sectors, culture, sports, leisure, goods and services under the State responsibility and, ultimately, worthy life conditions. Finally, further studies are suggested in order to expand the discussion on issues related to the social determination processes of the violence phenomenon against adolescents.

Keyword: Adolescents. Violence. Public Health. Collective Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA.....	30
FIGURA 2 - NÚMERO DE HABITANTES POR REGIONAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, CENSO 2010, CURITIBA-PR, 2018	56
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PIRÂMIDE ETÁRIA DA REGIONAL BAIRRO NOVO NO ANO DE 2010, CURITIBA-PR, 2018	57
FIGURA 4 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR REGIONAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2011, CURITIBA-PR, 2018.....	58
FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SETORES ECONÔMICOS NA REGIONAL BAIRRO NOVO, 2011. CURITIBA-PR, 2018	58
FIGURA 6 - NÚMERO TOTAL DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO DA REGIONAL DO BAIRRO NOVO, NO ANO DE 2011. CURITIBA-PR, 2018	59
FIGURA 7 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES DAS REGIONAIS DE CURITIBA, 2010, CURITIBA-PR, 2018	59
FIGURA 8 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES DA REGIONAL BAIRRO NOVO, 2010, CURITIBA-PR, 2018	60
FIGURA 9 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, CONFORME CLASSE DE RENDIMENTO <i>PER CAPITA</i> , REGIONAL DE SAÚDE BAIRRO NOVO E BAIRRO GANCHINHO, NO ANO DE 2010. CURITIBA-PR, 2018.....	60
FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PER CAPITA DOS BAIROS DA REGIONAL BAIRRO NOVO E CURITIBA-PR, 2010 – PÁGINA 16. CURITIBA-PR, 2018	61
FIGURA 11 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO SINGULAR, CURITIBA-PR, 2018	83

FIGURA 12 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO PARTICULAR, CURITIBA-PR, 2018.....	99
FIGURA 13 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO GERAL, CURITIBA-PR, 2018	105

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL SEGUNDO AS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, 2016, CURITIBA-PR, 2018	54
MAPA 2 - MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL SEGUNDO OS BAIRROS DA REGIONAL BAIRRO NOVO 2010. CURITIBA-PR, 2018	55

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	NÚMERO TOTAL DE MORTES VIOLENTAS NA REGIONAL DO BAIRRO NOVO E NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PERÍODO DE 2011 A 2015. CURITIBA, 2018	65
GRÁFICO 2 -	FREQUÊNCIA DE MORTES VIOLENTAS NO DISTRITO SANTÁRIO BAIRRO NOVO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015. CURITIBA-PR, 2018.	66
GRÁFICO 3 -	FREQUÊNCIA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA. CURITIBA-PR, 2018	67
GRÁFICO 4 -	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018	67
GRÁFICO 5 -	NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018	69
GRÁFICO 6 -	NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018.....	69
GRÁFICO 7 –	INCIDÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO E NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018	70
GRÁFICO 8 -	FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	71

GRÁFICO 9 -	INCIDÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	72
GRÁFICO 10 -	NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS POR NEGLIGÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	74
GRÁFICO 11 -	FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS POR NEGLIGÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	74
GRÁFICO 12 -	NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	75
GRÁFICO 13 -	FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	76
GRÁFICO 14 -	FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	76
GRÁFICO 15 -	NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS FÍSICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	77

GRÁFICO 16 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS FÍSICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018.....	78
GRÁFICO 17 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS SEXUAIS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018.....	78
GRÁFICO 18 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS SEXUAIS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018.....	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NOS DISCURSOS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2018	51
TABELA 2 - POPULAÇÃO, DENSIDADE DEMOGRÁFICA E VARIAÇÃO POPULACIONAL DA REGIONAL BAIRRO NOVO, SEGUNDO CENSO IBGE- 2010. CURITIBA-PR, 2018.....	56
TABELA 3 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018.....	68
TABELA 4 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS, POR TIPO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018	73

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
CDC	- Convenção sobre os Direitos da Criança
CES	- Centro de Epidemiologia em Saúde
CIC	- Cidade Industrial de Curitiba
CONANDA	- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	- Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência de Assistência Social Especializada
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI INFO	- Epidemiologia para a informação
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FIE	- Ficha de Notificação
FUNABEM	- Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IDH - M	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
MS	- Ministério da Saúde
NESC-Pesq.	- Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PDI	- Plano de Desenvolvimento Integrado
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNH	- Política Nacional de Humanização
PROSAD	- Programa Saúde do Adolescente
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
RS	- Regional de Saúde
SAS/MS	- Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SEHIS	- Setor Especial de Habitação de Interesse Social

SESA	- Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SGDCA	- Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes
SIH-SUS	- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SINAN	- Sistema Informação de Agravos de Notificações
SMS-CTBA	- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UMS	- Unidades Municipais de Saúde
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	JUSTIFICATIVA	22
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	25
3.1	DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS VIOLÊNCIAS	25
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA	29
3.3	ADOLESCENTES E A NEGLIGÊNCIA	32
3.5	REDE DE PROTEÇÃO	37
3.6	LINHA DE CUIDADOS	41
4	PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1	TIPO DE ESTUDO	43
4.2	LOCAL DO ESTUDO	44
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	45
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
4.5	COLETA DE DADOS	46
4.5.1	Entrevista semiestruturada	47
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
5	RESULTADOS	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO – DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO	53
5.2	VIOLÊNCIAS CONTRA O ADOLESCENTE EM CURITIBA E NO DISTRITO DO BAIRRO NOVO	64
5.3	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	80
5.4	DISCURSO DOS PARTICIPANTES	81
6	DISCUSSÃO	107
6.1	CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO SINGULAR	107
6.2	CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO PARTICULAR	120
6.3	CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO GERAL	126
7	CONCLUSÃO	128
	REFERÊNCIAS	134

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	142
ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	143
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	145
ANEXO 3 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA	149

1 INTRODUÇÃO

Minayo (2006) aponta que a violência não estava no topo dos problemas de saúde típicos por ser considerado um fenômeno determinado histórico e socialmente, porém, como afirma a autora, para as discussões da saúde, este é um fenômeno que traz questões novas e complexas para serem discutidas com os profissionais envolvidos no enfrentamento desta questão. Assim, justifica que é um fenômeno que exige reorganização dos serviços para atender as demandas referentes por provocar mortes, lesões, traumas físicos, emocionais e espirituais nas vítimas e suas famílias. O olhar mais aprofundado sobre o fenômeno, por meio de pesquisas e estudos, tem mostrado que o clima de violência no país colocou na pauta política o tema do se enfrentamento e, conseqüentemente, a segurança pública como prioridade. É um tema de profundo interesse nacional, que os dados epidemiológicos demonstraram a necessidade de tratá-lo com seriedade e rigor, trazendo como desafio a necessidade de se discutir mudanças no contexto social em que a população vive (MINAYO, et al 2018).

Somada à esta reflexão há que se destacar os problemas de saúde devido às causas externas entre os problemas de saúde pública no Brasil. As causas externas, que incluem os diferentes tipos de violência e acidentes, têm impactado profundamente a saúde e a vida da população, estudos evidenciam a necessidade de atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada no sentido de mudar os índices de mortalidade e morbidade advindos destas causas (BRASIL, 2005; 2014).

Apresentaremos neste estudo os referenciais teóricos que nos permitirão refletir sobre como enfrentar as violências contra adolescentes, conhecendo a caracterização da violência, a determinação social do processo saúde - doença, adolescentes e a negligência, geração e gênero, rede de proteção, e por fim, a linha de cuidados para o enfrentamento do fenômeno estudado.

A presente pesquisa abordará sobre as violências acometidas contra adolescentes em um distrito sanitário no Município de Curitiba/PR, buscando compreender quais são as potencialidades e fragilidades da Rede de

Proteção como linha de cuidado para o enfrentamento desse fenômeno. Para olhar o fenômeno da violência e sua totalidade, utilizaremos a epidemiologia crítica para compreendê-lo como um processo histórico e dinâmico, na contramão da visão fragmentada e estática dos fatores relacionados aos agravos, conforme pressupõe a epidemiologia clássica. Tendo como desafio central apresentar-se como um instrumento de desenvolvimento humano e desarticular-se de modelos empiristas referendados pelo pensamento positivista (BREILH, 2006).

Ao utilizar esta ótica para compreender a saúde e doença dos indivíduos, podemos afirmar que há uma determinação composta por processos, os quais têm em si a historicidade e a dinamicidade, ou seja, o passado e a ideia instrumental de futuro que se entrelaçam nas dimensões da realidade geral, particular e singular, a fim de se concretizarem na realidade observada (BREILH, 2006).

O Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC–pesq) tem investigado a determinação do processo saúde doença, por meio de bases teóricas e metodológicas que permitam evidenciar e compreender os diferentes processos nas dimensões da realidade (geral, particular e singular), no sentido de analisar os achados criticamente e elaborar intervenções que apontem modificações necessárias nas condições de vida de populações e segmentos populacionais. Nesse sentido, tem como uma das suas linhas de pesquisa “Políticas e serviços de saúde”, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Nesta perspectiva, as violências contra adolescentes devem ser enfrentadas enfaticamente, dadas as dimensões de suas repercussões para o desenvolvimento social e individual, tanto no momento presente, quanto em sua perpetuação e a reprodução em gerações futuras (ALBUQUERQUE, 2014).

Para compreender este processo, apresentamos a determinação social das violências, que é uma das discussões protagonistas neste estudo, que está ancorado na epidemiologia crítica¹ que compreende o fenômeno

¹ Para a epidemiologia crítica, a realidade, no caso deste estudo, o fenômeno da violência, pode ser explicada através de três dimensões: pela dimensão singular – repercussão da violência cotidiano familiar, pela dimensão particular – como os grupos sociais se organizam para enfrentar o fenômeno

nas três dimensões da realidade. Para isso, é necessário conhecer o cenário do estudo, com caracterização aprofundada sobre a dinamicidade da vida no território que é o cenário da pesquisa, a fim de refletir sobre dados específicos que identifiquem os processos relacionados à reprodução da vida naquele cotidiano. Na sequência, abordaremos a caracterização das violências e sua tipologia, na perspectiva de entender como o adolescente está nesse contexto e como o arcabouço jurídico-político protege esses indivíduos e seus coletivos. Além disso, entender como as categorias analíticas geração e gênero estão presentes no fenômeno da violência, e como a rede de proteção pode ser condutora da linha cuidado para o enfrentamento das violências contra os adolescentes em um território.

Essa pesquisa tem a finalidade de dar visibilidade à Rede de Proteção como política pública de saúde, fortalecendo as ações para o enfrentamento das violências contra crianças e principalmente contra adolescentes.

Nessa perspectiva, surgem duas perguntas norteadoras:

- Quais são as potencialidades e fragilidades reconhecidas pelos membros da rede de proteção para efetivar a linha de cuidado na rede de proteção para adolescentes vítimas de violência em um distrito sanitário do Município de Curitiba?
- Como “essa realidade descrita” / “achados da pesquisa” podem contribuir para implementar a linha de cuidado na rede de proteção para adolescentes vítimas de violência em um distrito sanitário do Município de Curitiba?

1.1 JUSTIFICATIVA

Considera-se que as crianças e os adolescentes são sujeitos portadores de direitos consolidados no arcabouço jurídico brasileiro, que devem ser tratados como prioridade absoluta, conforme pressupostos das políticas públicas de saúde, por vezes ameaçada pela violência difundida na sociedade, a qual afeta os indivíduos nesta fase do ciclo de vida, assim como afeta suas famílias. Dessa forma, as violências resultam em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, com efeitos emocionais profundos nas pessoas e suas famílias, devido ao impacto que essas têm na saúde e na vida, assim como representa um impacto na sociedade para os anos potenciais de vida perdidos na população jovem. (BRASIL, 2012).

No período de 2011 a 2015, houve mais de 27 mil notificações de violências contra crianças e adolescentes residentes no Município de Curitiba – PR e região metropolitana, destas notificações 28,7% foram contra adolescentes, residentes na capital paranaense, na faixa de 10 a 14 anos de idade.

De acordo com JAVORNIK (2014), diversas pesquisas, nacionais e internacionais, comprovam que as crianças e adolescentes têm cada vez mais seus direitos violados pelas situações de violência presentes nas sociedades atuais. Portanto, é fundamental a análise sobre a concretização de ações advindas de políticas públicas que referendam a prevenção das situações de violência sofridas por esse grupo. Da mesma maneira, se torna importante descrever as fragilidades e potencialidades da linha de cuidado para a atenção integral à saúde dos adolescentes e suas famílias em situações de violências, sendo o principal tema da

presente pesquisa, que será realizada no Distrito Sanitário Bairro Novo, no Município de Curitiba.

De acordo com AGUDELO (1990, p.1), “a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. A relação entre violência e saúde é crucial para o entendimento das determinações de condições de saúde e da qualidade de vida das populações. Neste sentido, o fenômeno das violências se insere nas relações sociais, culturais e políticas, sendo indispensável o planejamento de intervenções no campo da saúde para a promoção da saúde, a prevenção e reabilitação de agravos, integrado a outras ações de desenvolvimento social e comunitário, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências no em um Distrito Sanitário Bairro Novo, no Município de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o banco de dados sobre as violências contra adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, no Distrito Sanitário Bairro Novo, no Município de Curitiba, no período de 2011 a 2015;
- Caracterizar os serviços que compõem a Rede de proteção no enfrentamento das violências contra adolescentes no Distrito Sanitário Bairro Novo, no Município de Curitiba;
- Descrever as ações ofertadas para os adolescentes vítimas de violências nos serviços da Rede de proteção;
- Identificar as articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado na Rede de proteção para o adolescente vítima de violências.

3 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

3.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS VIOLÊNCIAS

Há necessidade da abordagem da determinação social das violências nessa pesquisa, levando em consideração que estas são um fenômeno sócio histórico e que acompanham a humanidade, registradas desde a Antiguidade, e são lembradas no mito de origem contido na narrativa bíblica em forma de disputa fratricida, evidenciada pela convivência da sociedade humana com perenes disputas de poder, com ódios e com a vontade de aniquilar uns aos outros, manifestadas no decurso da história e das culturas pelas formas de desprezo, menosprezo pelo outro, discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas, guerras, terrorismo e processos de autodestruição (MINAYO, 2006).

A violência, em si, não é considerada um tema específico da área da saúde, mas é considerada pelo setor devido às lesões que este fenômeno acarreta no indivíduo e coletivos, destacando-se os traumas, mortes físicas e emocionais. Para compreender o impacto dessa violência sobre a saúde, devemos localizar a sua discussão no conjunto de problemas, iniciando pelo próprio relatório da Organização Mundial da Saúde, que propôs um modelo ecológico para explicar as raízes da violência, buscando identificar os fatores biológicos² no comportamento dos indivíduos que pudessem ser vítimas ou perpetradoras da violência. Na sequência, nomeia os fatores relacionais, com evidências para as interações sociais. E, em terceiro lugar, foram colocados os fatores comunitários e sua influência para ocorrer a dinâmica da violência, nomeados de locais de trabalho, escola, vizinhança, entre outros espaços. Em quarto lugar, aparecem os fatores sociais mais amplos que contextualizem os índices de violência, como as normas culturais que justifiquem como forma de resolver conflitos (KRUG et al., 2002).

Nesse texto da OMS, KRUG et al (2002) reforça que ainda há discussões sobre as políticas econômicas e sociais, de educação, de saúde que contribuem para manter desigualdades, ou seja, perpetuar os tipos mais perversos de violência

² Para os autores, o modelo ecológico apresentado, explicaria o fenômeno da violência sob a ótica da epidemiologia clássica, sendo os fatores biológicos, relacionais, comunitários e sociais responsáveis pelo aparecimento da violência, não levando em consideração as relações entre os sujeitos nos seus modos de levar a vida (KRUG, et al., 2002).

estrutural que diferem nos elementos que influenciam na vitimização ou a perpetração de violência nas várias faixas etárias.

Nesta perspectiva, é necessário lembrar que a “lógica do paradigma do risco”, por ser vertical, tem a racionalidade centrada no presente fatorial, um presente desvinculado dos processos históricos, principalmente quando falamos sobre a determinação das violências; esta teoria acaba sendo de enorme utilidade para os modelos de gestão neoliberal e para a manipulação da hegemonia da saúde, dessa forma, não há mudanças das estruturas da sociedade que permanecem intactas e se mantêm insalubres para o enfrentamento das violências (BREILH, 2006, grifo do autor).

Assim, algumas discussões são necessárias sobre como a violência está inserida na rotina da vida das pessoas.

No campo da saúde coletiva, na perspectiva teórica da determinação social do processo saúde/doença, tanto ter saúde quanto adoecer são faces diferentes da mesma realidade. Não podemos negar a carga biológica de cada indivíduo nesse processo, mas cada grupo social tem um potencial de desgaste ou de proteção resultantes das formas de inserção na produção e, conseqüentemente, como lhe é garantida a sua reprodução social em determinada sociedade (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

As discussões sobre o fenômeno das violências analisadas pela epidemiologia acontecem há algum tempo, e trazendo reflexões sobre a multiplicidade de formas de violência, a diversidade de atores, grupos de vítimas e instrumentos envolvidos, o personagem gravidade e diferencial de suas conseqüências. E os diferentes graus de visibilidade social disponíveis para as diferentes expressões de violência são traçados e várias nuances são apresentadas e que resistem a qualquer tratamento simplista e reducionista. Por outro lado, a tarefa restante para a prática epidemiológica parece progredir no sentido de compreender este problema na sua inserção na totalidade da formação social, que é um fenômeno complexo e multidimensional, com múltiplas articulações e influências recíprocas entre as diferentes formas de violência, mas também possui relações que cada um tem com as especificidades gerais do processo social (BREILH, 2006).

No contexto em que a vida humana se produz, conforme se organiza, em sociedade, a produção e distribuição dos meios de sobrevivência e dos produtos humanos podem gerar um desgaste, ao serem explorados e dispendendo energia e

tempo pioram as possibilidades de realização da vida dos indivíduos, aumentando as situações de violência e, por conseguinte alterando as causas de adoecimento e morte (ALBUQUERQUE; SOUZA, 2014).

Para Breilh (2006), os processos protetores e processos destrutivos da determinação social de qualquer fenômeno, há contradições permanentes, pois há necessidade de conhecimento do caráter dialético e multidimensional da saúde, para explicar a gênese das condições de saúde e de sua reprodução. Para isso, há um desafio central da epidemiologia crítica de tornar-se um instrumento do desenvolvimento humano e desarticular-se do molde empirista, olhando para a saúde na sua íntegra e como processo de transformação da realidade.

As formas de devir que determinam a saúde desenvolvem-se mediante um conjunto de processos, que adquirem projeção distinta na saúde conforme os condicionamentos sociais de cada espaço e tempo, ou seja, com as relações sociais em que se desenrolam, que podem ser de construção de equidade, manutenção e aperfeiçoamento, ou, ao contrário, iniquidade, privação e deterioração. Esta lógica resume-se em que os processos para desenvolver a sociedade e os modos de vida desse grupo adquirem propriedades protetoras (saudáveis) ou destrutivas (insalubres), e vão depender das condições históricas que estes grupos estão inseridos para desenvolver a coletividade. Dessa forma, esses processos podem provocar alterações de maior ou menor significação no desenvolvimento epidemiológico, no caso deste estudo – determinação das violências (BREILH, 2006).

Nesse sentido, há grande necessidade de vislumbrar possibilidades imediatas de atuação dos profissionais que lidam no cotidiano com as violências contra crianças e principalmente contra adolescentes, por meio de questionamentos da realidade onde estes grupos vulneráveis estão inseridos, e das políticas públicas para seu enfrentamento, a partir de uma perspectiva ética e política voltada para compreensão da determinação da violência como fenômeno social e multifacetado. Portanto, são necessários ainda estudos críticos das vulnerabilidades dos territórios e das famílias que estão envolvidas no ciclo da violência, compreendendo seu perfil de fortalecimentos e desgastes, para construir estratégias para transformar a realidade por meio de ações intersetoriais em rede, com os equipamentos presentes de maneira real e efetiva (EGRY et al., 2015).

Nesta lógica ainda da determinação das violências, podemos correlacionar que, de acordo com a determinação social do processo saúde/doença, não se devem considerar os aspectos sociais como um entre outros, conforme indica o uso também muito difundido da expressão ‘bio-psico-social’ por diferentes correntes. Nesta simplificação reducionista, as condições sociais em que vivem as pessoas seriam tão consideradas quanto os aspectos psicológicos e os biológicos, sem se estabelecer pesos diferentes na produção de agravos à saúde. Estariam de fora, ou relativizadas neste tipo de análise, as condições sociais da produção (do trabalho) numa dada sociedade e suas consequências para as características biológicas e psicológicas dos indivíduos. Ao se praticar tal reducionismo, faz-se crer que as causas biológicas e psicológicas, mais facilmente observadas e medidas, seriam as de maior peso na condição de saúde ou doença, nesse caso, na condição de tornar-se violento ou não (PERNA; CHAVES, 2008).

Nesta perspectiva, se deve ressaltar que a saúde coletiva tem um importante papel, que requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro que transcendem o campo institucional e o tipo de profissional convencionalmente reconhecidos como da saúde pública. A possibilidade de redimensionar objeto, instrumentos de trabalho e atividades, considerando sua articulação com a totalidade social, reabre alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da saúde no trânsito para o novo milênio. Assim, nos permite refletir sobre os avanços da epidemiologia crítica, para a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico, neste sentido, podendo ser explicado como as violências podem estar ligadas ao modo de viver e de organização da sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Albuquerque (2014) apresenta que a categoria central para compreender a determinação social é a reprodução social que analisa a dinâmica da vida social, em espaço e tempo específicos, permitindo a identificação das contradições que determinam esse movimento. Desse modo, se refere à forma de organização da vida social, expressa nas maneiras de trabalhar (transformar a natureza) e de consumir os bens socialmente produzidos, mediados pela distribuição.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A violência é um fenômeno complexo, polissêmico e controverso fortemente presente na sociedade ao longo da história, entre diferentes classes e culturas (MINAYO, 2005a).

Krug et al., (2002) explicam que a Organização Mundial da Saúde – OMS define que as violências são caracterizadas pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha probabilidade alta de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.

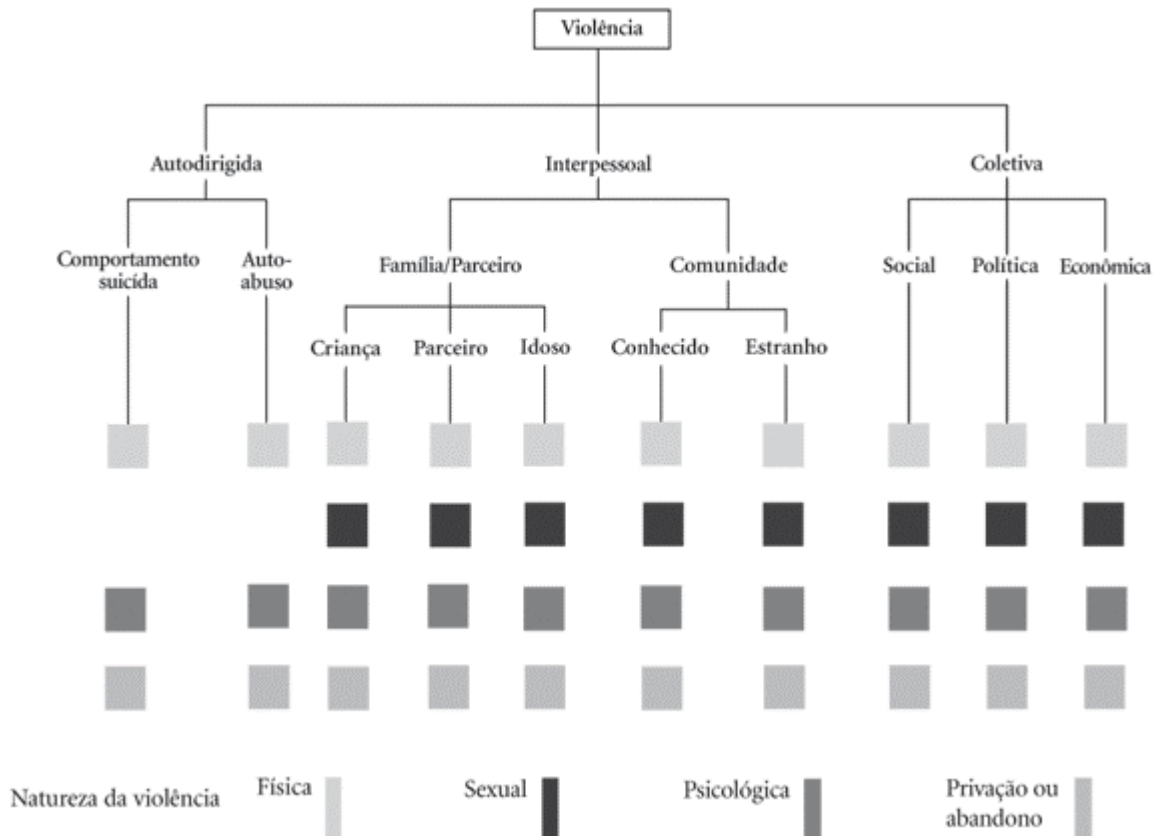
Krug et al.,(2002) abordam que a tipologia de violência que acompanha o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde foi apresentada inicialmente pela Organização Mundial de Saúde, na Resolução WHA49. 25, de 1996, após uma solicitação da Assembleia Mundial de Saúde, com o objetivo de caracterizar os diferentes tipos de violência e os vínculos entre eles. A tipologia proposta (FIGURA 1) divide a violência em três categorias, conforme características empíricas. Cada categoria é posteriormente subdividida para refletir tipos mais específicos de violência.

A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: violência intrafamiliar e violência comunitária. A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre membros da família normalmente, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenham relação de poder, estendendo-se aos empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados, podendo ocorrer, não exclusivamente, dentro de casa. Inclui as várias formas de agressões contra a criança, parceiro(a) e idosos. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro pessoa da família. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas, também, às relações em que se constroem e efetuam (BRASIL, 2012a).

Na violência comunitária o fenômeno acontece entre conhecidos e desconhecidos no ambiente social. Consideram-se suas expressões a violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional.

A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público e poder Judiciário (MINAYO, 2005a).

FIGURA 1 - TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



FONTE: DAHLBERG; KRUG (2007, p. 1167)

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados. Esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e subcategorias descritas acima, com exceção da violência autoinfligida. A violência de natureza física engloba o uso de força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em alguém. A psicológica envolve agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir a liberdade ou, ainda, isolar alguém do convívio social (MINAYO, 2005a).

A sexual diz respeito ao jogo sexual que ocorre nas relações heterossexuais ou homossexuais por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Por negligência e abandono se entende a ausência, a recusa ou a deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (MINAYO, 2005a).

Ainda nessa questão de definição da violência como uso da força, Minayo (2005b) aplica o conceito tanto a indivíduos quanto a grupos, segmentos sociais, configurando como o ato de uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro. A violência contra a criança e o adolescente configura-se como ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos de natureza física, sexual e/ou psicológica. Dessa forma, é tanto uma violação do poder e dever de proteção ao mais jovem pelo adulto e pela sociedade em geral, quanto à negação do direito que crianças e adolescentes portam a um tratamento que considere suas condições específicas de crescimento e desenvolvimento.

Segundo Oliveira (2008) a violência é um agente contribuinte aos níveis de saúde das pessoas, grupos e populações e uma abordagem de suas definições e classificações pode proporcionar uma valiosa ferramenta para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação relativa a esses agravos.

Apesar de o *Global Status Report on Violence Prevention* (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014) apontar que atos violentos podem trazer consequências sociais e para a saúde e apresentar também custos econômicos para os países, como citado abaixo, podemos fazer reflexões:

Alguns custos diretos associados à violência são a necessidade de tratamento, serviços de saúde mental, cuidados emergenciais e repostas da justiça criminal. Existe também uma ampla gama de custos indiretos. Vítimas de violência são mais propensas a vivenciar períodos de desemprego e absenteísmo, e a sofrer problemas de saúde que afetam o desempenho no trabalho. Outros custos indiretos incluem aqueles relacionados com a perda de produtividade [...]; provimento de locais seguros para crianças e mulheres; transtornos na vida cotidiana [...]; e desincentivos ao investimento e ao turismo (WHO, 2014, p. 17).

Dessa forma, apenas refletir sobre este aspecto econômico, com impactos nos custos ao setor da saúde seria contraditório, já que esse estudo aponta a determinação social como teoria fundamental para explicar o fenômeno das violências. Não é novidade que as violências causam complicações para a saúde mental dos indivíduos que a sofrem, mas há necessidade de discussão sobre como

essas violências podem ser controladas ou prevenidas através das políticas públicas implementadas e fortalecidas para dar condições mínimas para os indivíduos viverem em sociedade (EGRY et al., 2015).

Entretanto a temática da violência é ampla e requer continuidade no aprofundamento e discussão sobre o tema. O controle ou a prevenção da violência dependem também de políticas públicas voltadas a sanar déficits sociais, desigualdades tangentes, desde as educacionais até as que envolvem acesso à cultura, ao esporte, ao lazer, aos bens e serviços do Estado e a condições dignas de vida. Dessa maneira, as diferentes análises sobre o fenômeno da violência aqui retratadas passam, de uma forma ou de outra, sobre a análise do contexto social (EGRY et al., 2015).

3.3 ADOLESCENTES E A NEGLIGÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a adolescência é delimitada com o período entre os 10 e 20 anos incompletos, e o período de 10 a 24 anos é considerado como juventude. Para dados estatísticos, divide-se a juventude em 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos (BRASIL, 2010a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente delimita adolescentes entre 12 e 18 anos, coincidindo adolescência e juventude por um período. Dessa forma, como o estudo será realizado no Município de Curitiba, levamos em consideração o uso da ficha de Notificação de Violência contra crianças e adolescentes que considera a faixa etária até 18 anos incompletos (17 anos, 11 meses e 29 dias) (CURITIBA, 2008).

No Brasil, o arcabouço jurídico para a proteção de crianças e dos adolescentes de toda a forma de violência é denso e altamente embasado, principalmente no que diz respeito à negligência. Especialmente a Constituição Federal (BRASIL, 1988) tem como fundamentos, entre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa e como objetivo a promoção do bem de todos, sem qualquer discriminação, inclusive de idade. Este texto constitucional estabelece como direitos do cidadão a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (EGRY et al. 2015).

Nesse sentido, o papel das políticas públicas brasileiras de atenção à infância e à adolescência tem caráter protetivo e de promoção do crescimento e desenvolvimento saudável desses grupos. Assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, estabeleceu que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana e devem ter garantidas as facilidades para seu desenvolvimento integral. Esta lei ainda ressalta que todos aqueles que submeterem crianças e adolescentes a situações de negligência ou qualquer outro atentado à sua integridade serão punidos por sua ação ou omissão (BRASIL, 1990).

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1989), promulgada no Decreto n. 99.710 de 21 de novembro de 1990 (BRASIL, 1990b), documento orientador ao ECA, já estabelece um conjunto de princípios e normas em que estas leis devam amparar-se, incluindo princípios de promoção da prevenção da violência e mecanismos de proteção. Observa-se os Artigos 2º e 3º da CDC:

Art. 2º

§1. Os Estados Partes respeitarão os direitos enunciados na presente Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança sujeita a sua jurisdição, sem distinção alguma, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, crença, opinião política ou de outra índole, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, deficiências físicas, nascimento ou qualquer outra condição da criança, de seus pais ou de seus representantes legais.

§2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar a proteção da criança contra toda forma de discriminação ou castigo por causa da condição, das atividades, das opiniões manifestadas ou das crenças de seus pais, representantes legais ou familiares. (BRASIL, 1990b, não p.).

Art. 3º

§1. Todas as ações relativas as crianças, levadas a efeito por autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança.

§2. Os Estados Partes se comprometem a assegurar a criança a proteção e o cuidado que sejam necessários para seu bem-estar, levando em consideração os direitos e deveres de seus pais, tutores ou outras pessoas responsáveis por ela perante a lei e, com essa finalidade, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.

§3. Os Estados Partes se certificarão de que as instituições, os serviços e os estabelecimentos encarregados do cuidado ou da proteção das crianças cumpram com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito a segurança e a saúde das crianças, ao número e a competência de seu pessoal e a existência de supervisão adequada (BRASIL, 1990b, não p.).

Cabe ainda mencionar o posicionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA):

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) introduz na legislação brasileira (artigo 5º) o tema das violações de direitos de crianças e adolescentes. Apesar de condenar qualquer atentado a seus direitos fundamentais, passados 20 anos da promulgação tais violações ocorrem em número significativo. Os casos mais recorrentes têm sido a violência doméstica e institucional, a violência sexual, a situação de rua, o trabalho infantil, a negação do direito a convivência familiar e a morbidade e mortalidade por violência. (BRASIL, 2010a, p. 13).

No ano 2000, foi instituído no Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Já em 2001, foi atribuído pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência um papel relevante ao setor de saúde para o enfrentamento desses agravos, sem eximir a responsabilidade dos demais setores da sociedade; enfatizou-se a recomendação da articulação com diferentes segmentos sociais nesta guerra contra as violências (BRASIL, 2001).

Albuquerque (2014, p.35), apresenta na sua tese todas as políticas públicas brasileiras de enfrentamento às violências. Dando continuidade ao que já foi apresentado até este momento, no ano de 2001 foi instituída a Portaria nº 1.968/GM de 25/10/01, que dispõe sobre as notificações, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi publicada com o propósito de aprimorar e expandir os atendimentos pré, intra e pós – hospitalares das vítimas de acidentes e violências, dentre outros eventos que requerem este tipo de atenção. Nesse mesmo ano foram publicadas mais duas leis para o enfrentamento das violências, uma instituindo a notificação compulsória de violência contra mulher, e a outra instituindo o Estatuto do Idoso.

Para continuidade da apresentação por Albuquerque (2014, p.37), sobre as políticas públicas para enfrentar as violências, no ano de 2004 foi instituída a Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher, princípios e diretrizes, implantada no mesmo ano a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. O ano de 2005 ficou marcado pela Aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências. Já no ano de 2006, a Política Nacional da Promoção da Saúde, surgiu como marco para promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, no mesmo ano, publicadas as Diretrizes Nacionais para a prevenção do Suicídio, bem como foi implantado também, neste período, o Sistema de Vigilância de Violências e

Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, através da vigilância por inquérito, preenchimento da ficha de investigação SINAN – NET. Ainda em 2006, a Lei Maria da Penha criou um mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

No ano de 2007, foi criada a Agenda Social Criança e Adolescente, que estabelece o compromisso pela redução da violência contra crianças e adolescentes, através da instituição do comitê gestor. O Pacto pela Vida é publicado em 2008 como mais uma política pública para prevenção e monitoramento das violências. Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas famílias em situações de violência, com parâmetros para identificação e intervenção perante a violência contra crianças e adolescentes. Em 2011, uma nova publicação para a Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, com matriz pedagógica para a formação de redes (ALBUQUERQUE, 2014; BRASIL, 2016).

Diante do exposto, pode-se afirmar que são inegáveis os avanços das políticas públicas voltadas para o enfrentamento das violências no nosso país, principalmente no sentido de incluir o tema da violência no setor da saúde, seguindo uma trajetória persistente para sua legitimação, com a oferta de parâmetros, diretrizes e possibilidades, porém ainda insuficientes para a real efetivação de ações tanto dos serviços quanto dos profissionais em favor daqueles que estão inseridos no ciclo na violência (ALQUERQUE, 2014).

Nesse contexto, dentre as diferentes manifestações de violências que atingem crianças e adolescentes, a Negligência, sendo a violência mais notificada tanto no Brasil como no cenário internacional, é uma das violências mais difíceis de caracterização e requer uma reflexão complexa acerca de seus determinantes. Nesse estudo, essa manifestação também se confirma, sendo a mais notificada na Capital Paranaense, entre os adolescentes de 10 a 14 anos de idade. Tendo em vista o conceito de não provimento dos cuidados dentro do domicílio para atender às necessidades e aos cuidados de que a criança e o adolescente necessitam para o seu adequado desenvolvimento, pode ser caracterizada ainda pela omissão de cuidados ou pelo desconhecimento sobre as necessidades desses grupos, influenciados pelos elementos culturais, sociais e econômicos (EGRY et al., 2015).

Para contextualizar o tema, é necessário relembrar que o artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Ainda assim, há muitas crianças e adolescentes sofrendo violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência e abandono (BRASIL, 1990a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) realizou mandato específico para o Sistema Único de Saúde (SUS) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, para atenção integral à saúde, o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção, com a exigência de desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede (BRASIL, 2012b).

A Negligência caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes (BRASIL, 2004).

Ainda nesse aspecto da negligência contra adolescentes, pode ocorrer em relação à proteção – quando estes são expostos a riscos, em relação à saúde. Compõem o rol de negligência o não comparecimento às consultas e falta nos seguimentos de tratamento de saúde. Em relação à educação, são considerados negligências o desatendimento às demandas escolares, bem como a falta em reuniões de pais, eventos ou outros compromissos da vida escolar, a falta de acompanhamento de aproveitamento do escolar e evasão. Além disso, é possível referir também a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual, que estão presentes nesta natureza de violência. O abandono é a forma mais grave de negligência e não está vinculado apenas às circunstâncias da pobreza, podendo ocorrer em casos em que recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou responsável (EGRY et al., 2015).

É importante ressaltar que uma criança ou adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, principalmente em situações crônicas e graves, inclusive pela relação destas situações, como, por exemplo, uma violência física quase sempre ocorre junto com a psicológica, entre outras.

Há uma grande responsabilidade da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Brasil (BRASIL, 2001), que foi formulada para atender à demanda da população brasileira no sentido da erradicação da violência, entretanto, ainda não foram estabelecidos mecanismos para atuar na determinação social da violência. Existiram muitos avanços, mas ainda há entraves a serem superados, desde a desagregação das redes e atomização das ações, pois as políticas sociais brasileiras ainda estão voltadas para determinados segmentos da sociedade – pobres, marginalizados e necessitados – selecionando, estigmatizando, segmentando e rotulando as famílias pobres, atuando em sentido contrário ao reconhecimento de direitos sociais, respeito à dignidade, à vida, ao corpo e ao desenvolvimento integral (EGRY et al., 2015).

3.5 REDE DE PROTEÇÃO

Rede de Proteção é um conjunto de ações integradas e intersetoriais de um município para prevenir as violências, principalmente a doméstica / intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. (CURITIBA, 2008).

Nessa perspectiva do conceito, os desafios permanecem na efetividade da atenção pelos setores envolvidos nesta rede e na funcionalidade da ação integrada. Geram, então, a metodologia da Gestão em Rede, que necessita de soluções multifacetadas, multipensadas, capazes de resolver problemas complexos, exigindo integração e iniciativas conjuntas, eficazes e inovadoras. Além disso, há necessidade de descobertas de novos paradigmas para a análise da realidade que se apresenta, bem como para as soluções necessárias.

Conforme o Protocolo da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência do Município de Curitiba, o modelo de Gestão em Rede pelos profissionais que representam a Rede de Proteção é realizado por um sistema formal de acompanhamento e monitoramento dos casos notificados. E foi organizada a comissão executiva da coordenação municipal, com representantes da Secretaria Municipal da Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Fundação de Ação Social e Instituto Municipal de Administração Pública, cujo papel é de articular, organizar e efetivar todas as ações integradas e intersetoriais da Rede de Proteção.

O conceito de redes de atenção à saúde, que são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2009).

Dessa forma, incluindo o significado da rede permitindo o compartilhamento dos objetivos e procedimentos que visam à obtenção das interações necessárias com outras instâncias institucionais e a construção de vínculos horizontais de interdependência e complementaridade. Corroborando com a mudança da percepção das instituições como órgãos centrais e hierárquicos, dessa forma, possibilitam o compartilhamento de responsabilidades e reivindicações por meio objetivos e compromissos comuns (CURITIBA, 2008).

Considerando a violência como um dos relevantes problemas em saúde pública, exige um trabalho em rede, de forma articulada, com base na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. Ainda nessa perspectiva, a construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios da igualdade, democracia, cooperação e solidariedade (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente (CURITIBA, 2008) em situação de risco para a violência foi implantada em Curitiba/PR no ano de 2000, tendo em vista as inúmeras ocorrências de registros de violências contra crianças e adolescentes. A sistematização de informações permitiu as articulações institucionais e o amadurecimento das políticas públicas para a implementação de projetos comuns para contribuição para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças, dos adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Corroborando nesse contexto, Baptista (2007) complementa que os profissionais devem incorporar e construir uma nova concepção de saúde, com a necessidade de compreender o indivíduo no contexto da coletividade e dos problemas sociais.

Na cidade de Curitiba, a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência não significa necessariamente a construção de

um novo programa de prevenção e proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência, mas sim uma nova concepção de trabalho que dá ênfase à atuação integrada e intersetorial, congregando ações de diferentes setores da Prefeitura Municipal de Curitiba e diversas instituições governamentais e não governamentais que desenvolvem as suas atividades com crianças e adolescentes e suas famílias. A Rede de Proteção de Curitiba está fundamentada em um sistema de Notificação Obrigatória de toda forma de violência suspeita ou comprovada contra crianças e adolescentes até 18 anos de idade, com base legal na Constituição Federal, artigo 227 (BRASIL, 1988), e no Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 13 e 245 (BRASIL, 1990a), atendendo sistematicamente ao fluxo de encaminhamento para o Conselho Tutelar, para o Serviço de Atendimento ao Vitimizado e para alimentar o banco de dados na Secretaria Municipal da Saúde. Este novo olhar sobre a realidade das crianças e adolescentes brasileiros se inspira na chamada Doutrina Jurídica da Proteção Integral. A proteção integral designa um sistema em que crianças e adolescentes, até 18 anos de idade, são considerados titulares de interesses frente à família, à sociedade e ao Estado, cujos princípios estão sintetizados no *caput* do artigo 227 da Constituição Federal, reconhecido pela Comunidade Internacional como a síntese da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 1988). A teoria da proteção integral parte, portanto, da compreensão de que as normas que cuidam de crianças e adolescentes devem reconhecê-los como cidadãos plenos, porém na condição de seres sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral (CURITIBA, 2008).

A notificação obrigatória não deve ser entendida apenas como uma denúncia, e sim como o instrumento que inclui aquela criança ou aquele adolescente e, muitas vezes, até mesmo sua família, na Rede de Proteção. A partir da identificação dos sinais de alerta para a possibilidade de estarem sofrendo violência, a criança ou o adolescente passam a ser acompanhados por profissionais que integram as Redes Locais. Com a inclusão na rede de proteção, feita a notificação obrigatória, a criança e o adolescente farão parte de um sistema de acompanhamento e monitoramento.

Alguns marcos constituem momentos muito significativos para o desenvolvimento da Rede de Proteção: 1998 e 1999, com a avaliação dos dados da violência em Curitiba e a elaboração do projeto; 2000, com o início da implantação por Regional Administrativa, com capacitações para os profissionais e instituição

gradativa da ficha de notificação obrigatória; 2003, ano de sua consolidação em evento público; e 2005, com sua inclusão no Plano de Governo Municipal; 2006, com importante participação de novos parceiros; 2007, com a implantação formal de um sistema de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados e reincididos; 2008, com a 3ª edição do Protocolo da Rede de Proteção. Entende-se por Rede de Proteção um conjunto de ações integradas e intersetoriais do Município de Curitiba para prevenir a violência, principalmente a doméstica e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. Seu objetivo geral é o de contribuir, de forma integrada, para a redução da violência contra a criança e o adolescente em Curitiba, principalmente no que se refere à violência doméstica e sexual. Os objetivos específicos da Rede são: tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a notificação dos casos; capacitar os profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial; oferecer às vítimas, aos agressores e às famílias o atendimento necessário para ajudar a superar as condições geradoras de violência, bem como as sequelas resultantes dos maus tratos; diminuir a reincidência da violência a partir do acompanhamento dos casos; desenvolver ações voltadas para a prevenção da violência, especialmente envolvendo a comunidade. A Coordenação Municipal da Rede de Proteção é organizada em forma de colegiado por representantes das Secretarias Municipais da Educação e da Saúde, do Instituto Municipal de Administração Pública e da Fundação de Ação Social. São igualmente organizadas em forma colegiada nove Coordenações Regionais e 103 Redes Locais. As ações integradas compreendem outras secretarias e órgãos municipais, bem como outras instituições governamentais e não governamentais.

Problemas complexos exigem soluções multifacetadas. Diante da natureza do fenômeno da violência, seu enfrentamento, parece ter como única opção as ações em rede, o que se traduz, na prática, como um entrelaçamento das ações de várias instituições, vinculadas por objetivos comuns. Rede tem sido entendida como estratégia de administração das políticas públicas no enfrentamento de questões sociais complexas, visando a ampliar os seus impactos e melhorar a qualidade de vida da população. À luz do Protocolo da Rede de Proteção, violência é qualquer forma de uso da força contra a integridade física e/ou psíquica das pessoas. Quando atinge famílias de forma continuada, especialmente mulheres, crianças,

adolescentes, idosos e portadores de deficiência física, denomina-se violência intrafamiliar ou doméstica. Quanto à sua natureza, a violência é classificada em quatro modalidades de expressão: a violência física, que é o uso da força física, de forma intencional, deixando ou não marcas evidentes; a violência psicológica, que se manifesta pela agressão verbal constante, humilhação, ameaça, rejeição, discriminação visando à dominação; a violência sexual, ou seja o abuso da criança ou do adolescente para gratificação de adultos ou de adolescentes e a negligência, que vem a ser a falta de cuidados quanto às necessidades próprias da idade e condições de desenvolvimento. A negligência pode ser de proteção, saúde, educação ou estrutural (CURITIBA, 2008).

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência representa uma grande conquista para a cidade de Curitiba. Os desafios estão na efetividade da atenção intersetorial e na funcionalidade da ação integrada, investimento continuado na sensibilização e capacitação para profissionais e intensificação nas ações da prevenção da violência. Ações em rede necessitam de soluções multifacetadas, capazes de resolver problemas complexos (CURITIBA, 2008).

3.6 LINHA DE CUIDADOS

Em relação à Linha de Cuidados, entende-se como uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2012a).

Na perspectiva humanista por Boff (1999) nesse contexto, o cuidado³ é uma expressão considerada “plural”, pois não significa cuidar de si mesmo, mas cuidar do outro se intenção ou pretensão, como uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro. Está sendo considerado mais que um ato, uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo, envolvendo-se afetivamente com o outro.

³ Para Boff, filósofo humanista, o cuidado humano tem conceito diferente do cuidado profissional (BOFF, 1999).

Dentro da análise das políticas públicas em saúde, em geral o cuidado deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde. (AYRES, 2004).

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013) evidencia a dimensão do cuidado a partir da compreensão do acolhimento como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, como uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencente, mais que uma atitude de solidariedade, como uma atitude de inclusão. Sendo assim, essa organização da atenção integral a esta população em situação de violência em linha de cuidado coloca-se como uma estratégia para a orientação de gestores e profissionais de saúde dos três níveis da atenção para a garantia da continuidade do atendimento e a articulação das várias ações desenvolvidas pela rede de cuidado em saúde com a de proteção social no território, fortalecendo também a responsabilização dos serviços e o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado (BRASIL, 2012a).

Para o Ministério da Saúde, as discussões sobre o sucesso do cuidado são colocadas de forma que o sucesso da estratégia de linha de cuidados para as vítimas de violência sofridas por crianças e adolescentes depende da integração de todos os recursos disponíveis, por meio de fluxos e protocolos, capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias orientadas pela atenção primária à saúde e gestão do serviço que possibilite a continuidade do cuidado. Considerando os componentes educacionais⁴ e de comunicação, a elaboração da programação da atenção, o desenho dos pontos e ou estações de atendimento, o contrato de gestão, e a regulação, monitorados e acompanhados pelo sistema de governança, e o uso de instrumentos tecnológicos de gestão da clínica, validados por experiências e pesquisas, como meios potentes para reduzir a fragmentação dos serviços e superar a lógica de organização da assistência centrada no saber médico (BRASIL, 2012a).

⁴ O Ministério da Saúde utiliza nomenclaturas e conceitos oriundos da metodologia do planejamento estratégico das ações, e por isso, utiliza componentes educacionais, desenho dos pontos, estações de atendimento, contrato de gestão, regulação, entre outros conceitos, para explicar a organização da assistência para as vítimas violências (BRASIL, 2012a).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de cunho descritivo e exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. (GIL, 2002; TOBAR; YALOUR, 2001). Na abordagem qualitativa foram exploradas as percepções dos profissionais que atuavam como notificadores da Rede de Proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo sobre o acesso dos adolescentes vítimas de violência aos serviços de apoio para consolidação da linha de cuidado a esse grupo. Quanto à abordagem quantitativa, o estudo analisou as notificações de violência contra adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos no distrito sanitário Bairro Novo, no período de 2011 a 2015, segundo as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão para *internet* (SINAN *Net*), o qual está disponível no Centro de Epidemiologia em Saúde do Município de Curitiba. A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). O banco de dados do SINAN, é composto por informações da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada e os dados que foram analisados são: a data da notificação, idade, sexo e tipo de violência; neste caso não utilizaremos dados que identifique a vítima de violência, portanto, não será necessária a permissão dos envolvidos nos casos notificados (ANEXO 1).

O grupo de causas externas, que inclui violência, no território estudado do município de Curitiba/PR foi encontrado a partir de dados secundários do Sistema de Informação do Centro de Epidemiologia em Saúde (CES) que fundamentam a casuística deste estudo. Assim, considerando o período do estudo de violência contra crianças e adolescentes, nos anos de 2011 a 2015, foram notificados 27.146 casos de violência contra crianças e adolescentes no município, sendo que dessas notificações de violências 22.059 casos foram em residentes na capital, e ainda, que a faixa etária de 10 a 14 anos foi a mais afetada totalizando 28,7%, dos casos de crianças e adolescentes residentes de Curitiba. Em relação às ocorrências dos casos nas faixas etárias da adolescência, registra-se que adolescentes de 15 a 18

anos incompleto tiveram envolvidos em 16,8% dos casos de violências. Já, nas demais faixas etárias a distribuição dos casos se deu da seguinte forma: 25,3% das notificações foi com crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, 14,7% na faixa de menores de 1 ano de idade e, entre as idades de 1 e 4 anos, os casos totalizaram 14,6 % das notificações. Neste sentido, se justifica a delimitação do estudo com os casos de violência contra adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, pois foi neste sub-grupo de adolescentes que se concentrou o maior número de notificações de violências no período e território delimitado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local delimitado para o estudo foi o Distrito Sanitário Bairro Novo, localizado na região sul do Município de Curitiba, cuja caracterização está apresentada no capítulo de resultados a seguir. Esta é a primeira pesquisa realizada neste local, por membros do NESC–pesq. A seleção do distrito sanitário Bairro Novo se deu a partir do olhar sobre os dados epidemiológicos da violência contra adolescentes no Município de Curitiba.

Para que esta etapa fosse viabilizada, a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Curitiba. E, na sequência, repassada à superintendência de atenção à saúde do município que autorizou o início da pesquisa no referido distrito sanitário, sendo comunicado à supervisora distrital sobre o estudo que seria realizado nos equipamentos da atenção primária em saúde, com os membros efetivos da rede de proteção à crianças e adolescentes, para a pesquisadora realizar os convites aos profissionais para a participação no estudo. Diante da articulação da gestão do nível central e posteriormente do nível distrital, o estudo pode ser realizado nos lugares previamente definidos com as chefias locais das unidades municipais de saúde (UMS), dos centros de referência de assistência social (CRAS), centro de referência de assistência social especializada (CREAS), núcleo regional de educação e Conselho Tutelar da regional do Bairro Novo. Portanto, a coleta de dados foi desenvolvida nos equipamentos acima descritos, segundo a disponibilidade dos profissionais para a realização da pesquisa.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012c), que trata do projeto de pesquisa envolvendo seres humanos e os princípios da bioética sendo aprovado por meio do Parecer nº 2.318.618/2017. A execução da pesquisa também foi condicionada à autorização do comitê de ética coparticipante da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que julgou e aprovou a execução do estudo, por meio do parecer nº 2.369.289 / 2017, ambos os pareceres em anexo (ANEXOS 2 e 3).

O aceite para participar no estudo foi por meio da anuência do convidado, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Neste sentido, foi considerado o direito ao anonimato, ao sigilo e à desistência sem prejuízo para os envolvidos.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram 23 membros efetivos que compunham a rede de proteção, em exercício nas Unidades de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social Especializada, Núcleo Regional de Educação do Bairro Novo, Conselho Tutelar da Regional Bairro Novo, que aceitaram participar da pesquisa e que exerciam a função no tempo mínimo de seis meses na função de membro da rede de proteção. Este critério foi adotado por se considerar que o profissional deveria ter vínculo e/ ou ter atendido o segmento populacional selecionado para o estudo – adolescentes vítimas de violências. Para a entrevista, foi realizado contato prévio com os profissionais, após a ciência da Coordenação Distrital da Saúde, dos Coordenadores Locais das Unidades de Saúde, da Coordenação Regional da Educação, da Assistência Social, e do Conselho Tutelar da Regional do Bairro Novo. Assim, com o possível participante foram definidos local e horário para a entrevista, considerando a disponibilidade pessoal e as rotinas de ações sob sua responsabilidade, assim como se considerou a estrutura física local para a realização do procedimento.

Dessa forma, não houve recusa ou profissionais que estivessem em período

de afastamentos das atividades, tais como licença médica, férias, licença prêmio e outros.

4.5 COLETA DE DADOS

Em relação aos dados secundários, foram utilizados dados do banco do Sistema de Informação do Centro de Epidemiologia em Saúde da Secretaria de Curitiba, onde foram notificados, no período de 2011 a 2015, 27.146 casos de violência contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba. O maior número de notificações de residentes no próprio município totalizando 22.059 casos. Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária de 10 a 14 anos foi a mais afetada, totalizando 28,7%, em relação à faixa etária que também compreende o período da adolescência de 15 a 18 anos incompletos, perfazendo 16,7%. Dessa forma, também foram levantados os dados sobre violência contra adolescentes residentes no Distrito Bairro Novo pelo Sistema de Informação do Centro de Epidemiologia em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba da Rede de Proteção, referentes ao mesmo período mencionado acima. Os anos de 2011 e 2012 foram retirados do Epi Info e os dados a partir de 2013 já estavam disponíveis no SINAN *Net*, um banco de dados que dá suporte à gestão pública em saúde, principalmente no que se refere ao planejamento de ações coletivas para o controle e enfrentamento de agravos em um determinado território. As informações sobre a violência contra adolescente no banco referido vêm das informações da Ficha Individual de Notificação (ANEXO 1).

Os dados fornecidos pelo Centro de Epidemiologia em Saúde do Município de Curitiba são oriundos da digitação das fichas de notificação individual. Nesse estudo, utilizamos apenas as informações sobre os casos notificados por data da ocorrência da notificação, idade, sexo e tipo de violência, não se fazendo uso de variáveis que identificassem os sujeitos, tais como nome, endereço (logradouro), entre outras.

Com relação aos dados de caráter qualitativo da pesquisa, foram utilizados dados primários advindos das entrevistas com os membros efetivos da Rede de Proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo do Município de Curitiba que aceitaram participar da pesquisa após a assinatura do TCLE. Na composição da Rede de Proteção da Regional, se tem 16 membros efetivos, o que compõe uma amostra pequena de profissionais, assim, o estudo buscou-se entrevistar todos esses

membros, pois se compreendeu que, após o convite, os possíveis participantes poderiam recusar-se a contribuir com o estudo. Nesse caso, foi surpreendente a aceitação dos membros em participar da pesquisa e, em todos os equipamentos que compõe a rede de proteção, houve mais de um membro efetivo que aceitou a participação no referido estudo.

Inicialmente foram apresentados a proposta da pesquisa, o instrumento para a entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2) e o TCLE para os participantes da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, em sala reservada conforme disponibilidade. As entrevistas aconteceram no período de novembro do ano de 2017 a abril do ano de 2018, e na sequência os dados coletados foram organizados e categorizados com o apoio do *software* webQDA®, baseado na análise de conteúdo, na modalidade temática. (BARDIN, 2011).

Ainda neste estudo, foram utilizados dados referentes à caracterização do território e o modo de vida da população que ali mora, explorando-se informações de banco de dados secundários disponibilizados em *sítes* públicos de organismos que estudam a população e o modo de viver dos seus moradores. Entre essas instituições estavam o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

4.5.1 Entrevista semiestruturada

Antes do início das entrevistas com os membros da rede de proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo, foi realizada uma entrevista piloto com um participante que se assemelhava aos que seriam convidados para o estudo. Para a entrevista piloto, o participante assinou o TCLE, permitiu a gravação e, após a entrevista, o material coletado foi transcrito e verificou-se a compreensão do participante sobre as perguntas norteadoras. Dessa forma, não houve necessidade de ajuste no instrumento do roteiro da entrevista.

As entrevistas seguiram um instrumento semiestruturado, “em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada” (MINAYO, 2005b, p. 91). Foram entrevistados

profissionais envolvidos efetivamente na rede de proteção, que atualmente se compõe dos seguintes setores: saúde, educação, assistência social e conselho tutelar. As entrevistas foram desenvolvidas após o aceite e assinatura do TCLE, em uma sala reservada, no local de trabalho do participante, dentro do horário definido pelo entrevistado. Durante as entrevistas, foi garantida aos participantes a privacidade para responder espontaneamente às perguntas que constavam no roteiro de entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e tiveram a anuência dos participantes do estudo, conforme os critérios do *check list* COREQ, consolidados para a pesquisa qualitativa. O COREQ é uma *checklist* que cobre componentes necessários de um delineamento de estudo, que devem ser divulgados. Tais critérios incluídos no *checklist* podem ajudar os pesquisadores a divulgar aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos de estudo, contexto do estudo, resultados, análise e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Dessa forma, as entrevistas foram transferidas para o computador e posteriormente transcritas literalmente, em arquivo Word, pela pesquisadora, sendo utilizado fone de ouvido, como forma de assegurar maior proximidade com as falas dos sujeitos. Todas as transcrições foram impressas para que as entrevistadas assinassem anuência das suas falas em suas respectivas entrevistas. Assim, seis participantes assinaram a transcrição pessoalmente, sendo levada pela pesquisadora nos locais de trabalho onde foram realizadas as entrevistas. As demais dezessete participantes solicitaram que as entrevistas, no formato Word, fossem enviadas por e-mail, e, após a leitura e anuência, assinaram e devolveram o documento em formato Pdf ou Jpeg (foto) para a pesquisadora. Para garantir o direito de sigilo e anonimato das participantes, estas foram identificadas de forma sequencial com a letra E, a qual foi seguida de um número arábico: E1 a E23. Considera-se que os pareceres (feedback) dos participantes sobre os resultados da pesquisa aumentam a validade das interpretações dos pesquisadores pois asseguram que os significados e percepções dos participantes são representadas sem sofrer reduções pelas expectativas e conhecimento do pesquisador (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

No instrumento, as questões tratavam da identificação do entrevistado, como nome, profissão, equipamento público em que trabalhava e há quanto tempo estava atuando como membro na rede de proteção e, em seguida, perguntas acerca do

objeto delimitado para a pesquisa. Foi solicitado ao participante que relatasse a sua experiência na Rede de Proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo no atendimento aos adolescentes vítima de violência, abordando um caso que envolvesse adolescente vítima de violência que tenha atendido ou que foi atendido por um outro membro da Rede de proteção e o entrevistado tenha tido a possibilidade de acompanhar. Também foi solicitado que relatasse sobre as ações realizadas pelos membros da Rede de Proteção para o enfrentamento da situação encontrada e quais as instituições e profissionais acionados para esta intervenção. Sendo solicitado na sequência que o entrevistado apontasse as dificuldades ou fragilidades, as facilidades ou potencialidades encontradas para o enfrentamento do caso relatado. A entrevista foi finalizada, perguntando-se se o participante tinha conhecimento sobre o andamento do caso deste adolescente atendido.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos coletados pelos Sistemas de Informação da SMS Curitiba foram organizados e categorizados por meio do *software* Microsoft Excel® 2013, com os quais foi possível quantificar a incidência e percentuais do número de notificações de violências contra adolescentes no distrito sanitário estudado, sendo analisados através de estatísticas descritivas e comparando-os com os dados do Município de Curitiba. Os demais dados ou informações, obtidos por meio de publicações disponíveis em *sites* públicos de organismos que estudam os dados populacionais e o modo de viver dos moradores de Curitiba e do Distrito Sanitário Bairro Novo, foram também organizados e analisados no sentido de atender aos objetivos propostos.

A análise dos dados qualitativos foi organizada e categorizada pelo *software* webQDA®, com base na análise de conteúdo pela modalidade temática de Bardin (2011), sendo composta por três etapas: pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos resultados.

O webQDA® é um *software* de análise de conteúdo, destinado à investigação qualitativa em geral, que não precisa ser instalado no computador, pois é utilizado por meio da *internet*. Este método de apoio permite que a fonte de dados e os sistemas de indexação (categorias e definições) estejam disponíveis para um ou mais pesquisadores ao mesmo tempo. Com ele o pesquisador pode editar, visualizar, interligar e organizar os documentos da pesquisa que estejam em formato

de relatórios, documentos, depoimentos, fotografias e vídeos, que venham do triângulo de informação qualitativa (entrevistas, documentos e observações) (SOUZA; COSTA; MOREIRA, 2011).

O sistema se divide em três partes: a primeira – fonte, refere-se aos dados de que dispõe o pesquisador; a segunda – codificação, podem-se criar as dimensões, indicadores ou categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas. A última – questionamento – trata-se de um conjunto de ferramentas que auxiliarão o pesquisador a questionar os dados, contribuindo na construção colaborativa do conhecimento (SOUZA; COSTA; MOREIRA, 2011).

Assim, foi transposto todo o arquivo preparado em documento do Microsoft *Word*, as transcrições das entrevistas limpas, para o *software* o que permitiu construir a codificação do material empírico pela percepção da densidade de dados das entrevistas segundo as categorias elaboradas. Foi realizada uma análise prévia e minuciosa, após ter colocado as entrevistas transcritas no *software* de apoio, onde emergiram as categorias provisórias para a codificação dos discursos das participantes, após essa etapa, essas categorias foram modificadas, conforme a análise realizada, com necessidade de recodificá-las, atendendo o conteúdo dos discursos, colocando esses, por meio de fragmentos selecionados, em cada categoria e subcategoria evidenciadas. A partir desta etapa, foram delimitadas as categorias e subcategorias de análise presentes neste estudo, conforme a TABELA1.

TABELA 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NOS DISCURSOS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA, 2018

(CONTINUA)

Dimensões, Categorias e Subcategorias	Nº de discursos que referiram o conteúdo	Nº de entrevistas que referiram o conteúdo	Freq. dos discursos pelas entrevistadas
Dimensão Geral			
As fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências			
As políticas públicas para o enfrentamento das violências	4	1	4,3%
Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências	0	0	0,0%
As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender aos adolescentes vítimas de violências	1	1	4,3%
As articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências	0	0	0,0%
O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências	0	0	0,0%
Total de Fragilidades	5	2	8,7%
Dimensão Particular			
As potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências			
As políticas públicas municipais para o enfrentamento das violências	3	2	8,7%
Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências	2	2	8,7%%
As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender aos adolescentes vítimas de violências	3	1	4,3%
As articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências	1	1	4,3%
O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências	0	0	0,0%
Total de Potencialidades	9	5	21,7%
As fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências			
As políticas públicas municipais para o enfrentamento das violências	14	6	26,1%
Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências	3	1	4,3%
As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender aos adolescentes vítimas de violências	5	3	13,0%
As articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítimas de violências	6	3	13,0%
O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências	0	0	0,0%
Total de Fragilidades	28	8	34,8%

TABELA 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NOS DISCURSOS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA, 2018

(CONCLUSÃO)

Dimensão Singular			
As potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências			
Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências	57	20	87,0%
As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender aos adolescentes vítimas de violências	62	20	87,0%
As articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítimas de violências	23	13	56,5%
O percurso do adolescente vítima de violências na rede de proteção	26	14	60,9%
O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências	17	16	69,6%
Total de Potencialidades	185	23	100,0
As fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências			
Ações norteadas pelas políticas públicas para o enfrentamento das violências	41	17	73,9%
Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências	26	12	52,2%
As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender aos adolescentes vítimas de violências	137	23	100,0%
As articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências	40	18	78,3%
O percurso do adolescente vítima de violências na rede de proteção	12	9	39,1%
O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências	15	12	52,2%
TOTAL FRAGILIDADES	424	23	100,0
TOTAL DAS ENTREVISTADAS	651	23	100,0

5 RESULTADOS

Este capítulo está subdividido em quatro partes para facilitar a compreensão dos resultados do estudo. Portanto, a seguir serão apresentados: os dados de caracterização do território onde a pesquisa foi desenvolvida; a caracterização das violências contra os adolescentes no distrito sanitário estudado; a caracterização dos participantes da pesquisa; e as categorias temáticas que emergiram dos discursos das profissionais entrevistadas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO – DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO

O Município de Curitiba teve 27.146 casos notificados de violência contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2015. Em 2015, o Distrito Sanitário Bairro Novo foi o segundo distrito com a maior incidência e o único distrito onde os equipamentos da atenção primária em saúde tiveram os processos de trabalho no modelo da Estratégia Saúde da Família. Diante deste fato, então, podemos dizer que estavam mais organizados para que a linha de cuidados ao adolescente vítima de violência fosse efetiva. Ao final de 2016 houve uma modificação administrativa que reconfigurou áreas de abrangência de alguns Distritos Sanitários, com a inauguração do décimo distrito sanitário, denominado de Distrito Sanitário do Tatuquara, também nome do bairro em que este se localiza. Nas mudanças estão as reconfigurações de territórios e serviços que agora compõem os Distritos do Pinheirinho e da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), sendo este último o que apresentou o maior número de casos de violência contra adolescentes no período delimitado para este estudo. Porém, diante da referida reconfiguração e implantação de serviços novos nos territórios distritais, o quê traz limites para se olhar para a série histórica dos casos de violência, optou-se por selecionar o Distrito Sanitário do Bairro Novo, por este ter sido um dos distritos que não sofreu modificações na sua área de abrangência, limites geográficos e rede pública de serviços.

O Distrito Sanitário Bairro Novo, faz limites com os Municípios de São José dos Pinhais e Fazenda Rio Grandes e, no território municipal, tem proximidade com os Distritos Sanitários Boqueirão, Pinheirinho e Tatuquara (MAPA 1).

MAPA 1 - MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL SEGUNDO AS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, 2016, CURITIBA-PR, 2018



FONTE: CURITIBA (2016, não p.)

O Distrito Sanitário Bairro Novo⁵ está localizado na região Sul do Município de Curitiba, no estado do Paraná. O território distrital é composto por três bairros: Sítio

⁵ Um distrito sanitário é uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde, deve ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Dessa forma, pode coincidir com o território do município, ser parte dele (GONDIM, et al, 2008). Em Curitiba, as Regionais são compostas por agregados de bairros com serviços de diferente complexidade, que se encarrega de atender a população referida geograficamente pelo município.

Cercado, Ganchinho e Umbará, os quais ficam localizados na Regional Bairro Novo (CURITIBA, 2013). (MAPA 2)

MAPA 2 - MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL SEGUNDO OS BAIRROS DA REGIONAL BAIRRO NOVO 2010. CURITIBA-PR, 2018

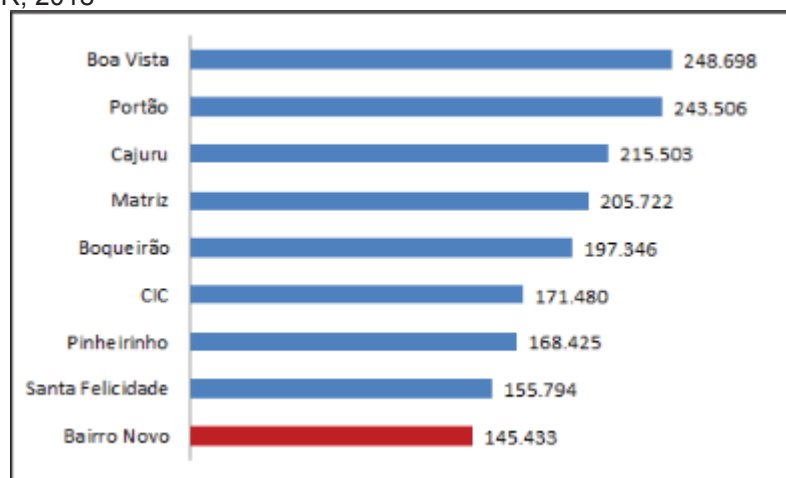


FONTE: CURITIBA (2013, p.3)

Sobre a extensão geográfica, a Regional Bairro Novo tem área total de 4.500,83 hectares, o que significa 10,35% do território de Curitiba. Dos bairros desta regional, o Umbará é o maior em extensão, com 2.224,95 hectares, correspondendo a aproximadamente 50% da área territorial da Regional (CURITIBA, 2013).

Sobre a população, o Bairro Novo era a regional menos populosa no município contendo 145.433 habitantes, que corresponde a 8,30% do total do município. No entanto, no período de 2000 a 2010 apresentou o maior crescimento populacional entre as regionais (16,97%) (CURITIBA, 2013). (FIGURA 2)

FIGURA 2 - NÚMERO DE HABITANTES POR REGIONAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, CENSO 2010, CURITIBA-PR, 2018



FONTE: CURITIBA (2013, p.5)

NOTA: No período do Censo/ 2010 (IBGE, 2012b) não havia ainda o 10^a Distrito Sanitário que é o Tatuquara. Esta Redivisão territorial, reivindicada pela população local, aconteceu em novembro de 2015. Processo que implicou em alteração na base dos territórios Distritais do CIC e Pinheirinho e, consequentemente, nas adscrições populacionais.

O bairro Ganchinho foi o território que apresentou um crescimento de 52,60% populacional no período de 2000 a 2010. A densidade populacional da regional é de 32,31 hab/ha (habitantes por hectare) e o bairro Sítio Cercado é o que tem a maior densidade populacional com 103,15 hab/ha, ficando entre os três bairros com maior densidade populacional de Curitiba, abaixo apenas dos bairros Centro e Água Verde. (TABELA 2)

TABELA 2 - POPULAÇÃO, DENSIDADE DEMOGRÁFICA E VARIAÇÃO POPULACIONAL DA REGIONAL BAIRRO NOVO, SEGUNDO CENSO IBGE- 2010. CURITIBA, 2018

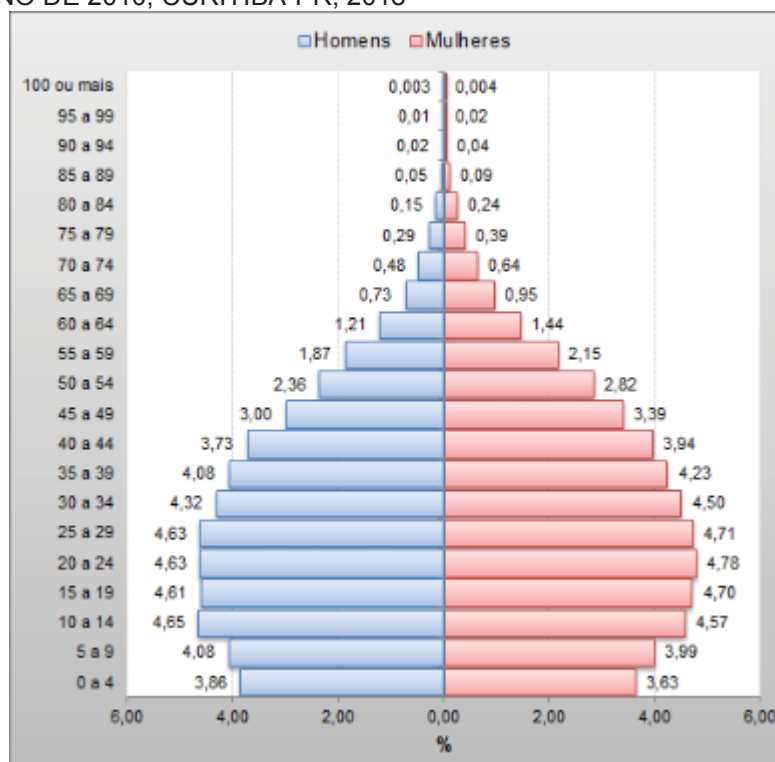
Bairros	Habitantes		Densidade (hab./ha.)	Variação Populacional (%)
	2000	2010		
Ganchinho	7.325	11.178	9,84	52,60
Sítio Cercado	102.410	115.525	103,15	12,81
Umbará	14.595	18.730	8,34	28,33
Regional Bairro Novo	124.430	143.433	32,31	16,97

FONTE: Adaptado de CURITIBA (2013)

A pirâmide etária da Regional do Bairro Novo apresenta uma base mais estreita, mostrando que havia mais população adulta do que de crianças e jovens naquele território. Apesar disso, a população mais jovem era composta por 36.034 crianças (0 a 14 anos) e 40.818 jovens (entre 15 a 29 anos) (CURITIBA, 2013).

A população idosa (acima de 64 anos) era de 5.946 habitantes. Apesar de representar apenas 4,08%, essa faixa etária aumentou em números absolutos 51% nos últimos anos (FIGURA 3).

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PIRÂMIDE ETÁRIA DA REGIONAL BAIRRO NOVO NO ANO DE 2010, CURITIBA-PR, 2018

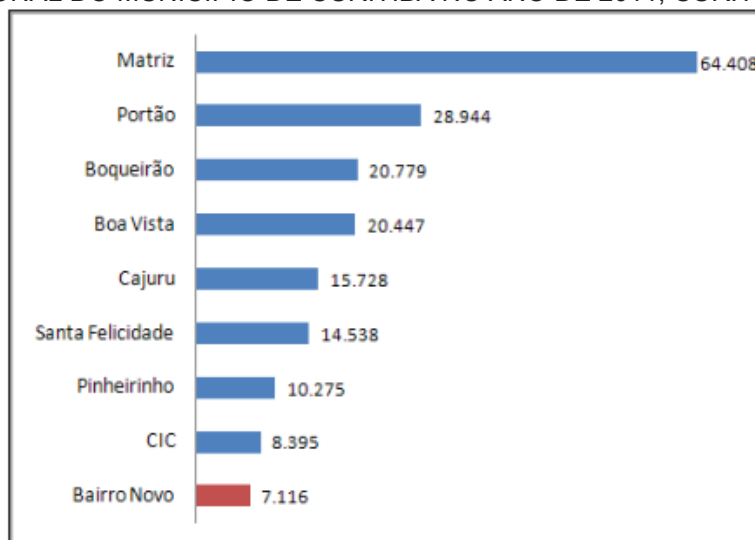


FONTE: CURITIBA (2013, p.5)

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012b) uma população é considerada economicamente ativa a faixa etária que compreende entre 15 anos a 65 anos. No Distrito Bairro Novo, isto representa 71,23% da população do distrito.

Sobre a atividade econômica, conforme dados de 2011, a Regional Bairro Novo possui 7.116 estabelecimentos formais exercendo atividades econômicas. Essa quantidade corresponde a 3,73% do total de Curitiba. (FIGURA 4)

FIGURA 4 - NÚMERO E DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR REGIONAL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2011, CURITIBA-PR, 2018

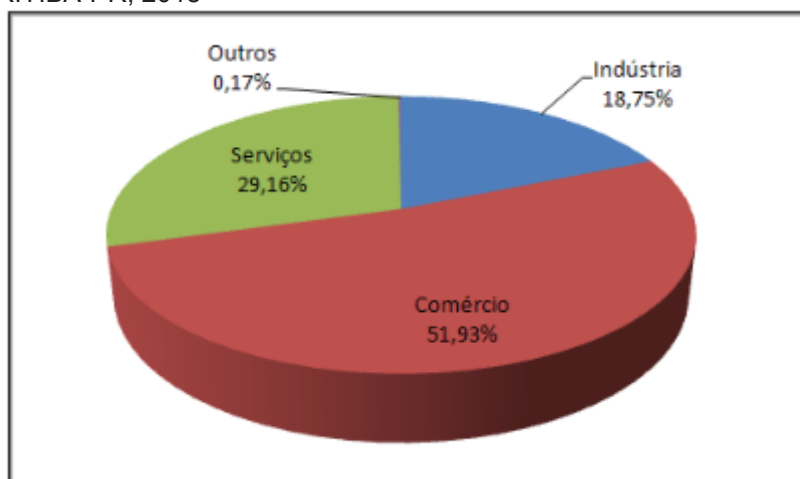


FONTE: CURITIBA (2013, p.14)

NOTA: Estabelecimentos econômicos classificados de acordo com a sua atividade econômica, contabilizados até dezembro de 2011.

As atividades econômicas foram separadas em três setores: comércio, serviço e indústria. Sendo o setor comercial a atividade preponderante, com concentração de 51,93% dos estabelecimentos da Regional Bairro Novo. (FIGURA 5)

FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SETORES ECONÔMICOS NA REGIONAL BAIRRO NOVO, 2011. CURITIBA-PR, 2018

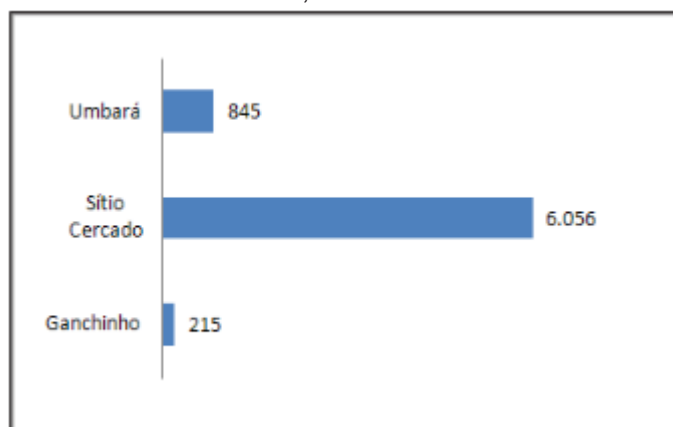


FONTE: CURITIBA (2013, p.14)

Observa-se que o Bairro Sítio Cercado concentrava 85,1% do total dos estabelecimentos da Regional (6.056 estabelecimentos), fato que pode ser explicado por esse bairro ter uma das maiores densidades demográficas de Curitiba,

localização do bairro na regional e concentrar aproximadamente 80% da população da Regional. (FIGURA 6)

FIGURA 6 - NÚMERO TOTAL DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO DA REGIONAL DO BAIRRO NOVO, NO ANO DE 2011. CURITIBA-PR, 2018

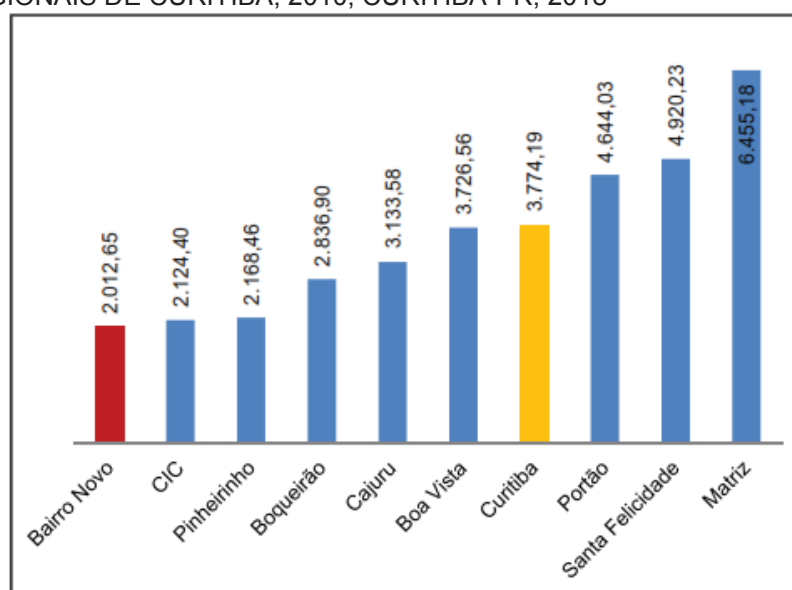


FONTE: CURITIBA (2013, p.14)

NOTA: Estabelecimentos classificados de acordo com a sua atividade econômica contabilizada até dezembro de 2011.

Em 2010, o rendimento médio nos domicílios particulares permanentes na Regional Bairro Novo foi de R\$ 2.012,65, o menor valor entre as regionais e 46,7% abaixo de rendimento médio obtido pelo Município de Curitiba, que foi de R\$ 3.774,19. (FIGURA 7)

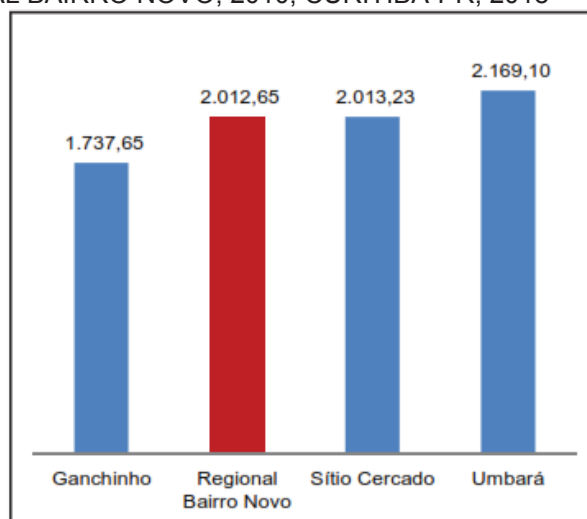
FIGURA 7 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES DAS REGIONAIS DE CURITIBA, 2010, CURITIBA-PR, 2018



FONTE: CURITIBA (2013, p.15)

O rendimento médio dos domicílios por bairro no município de Curitiba, mostra que o bairro Ganchinho tinha rendimento médio classificado como baixo. Este rendimento o coloca entre os cinco bairros com os menores rendimentos do Município (FIGURA 8).

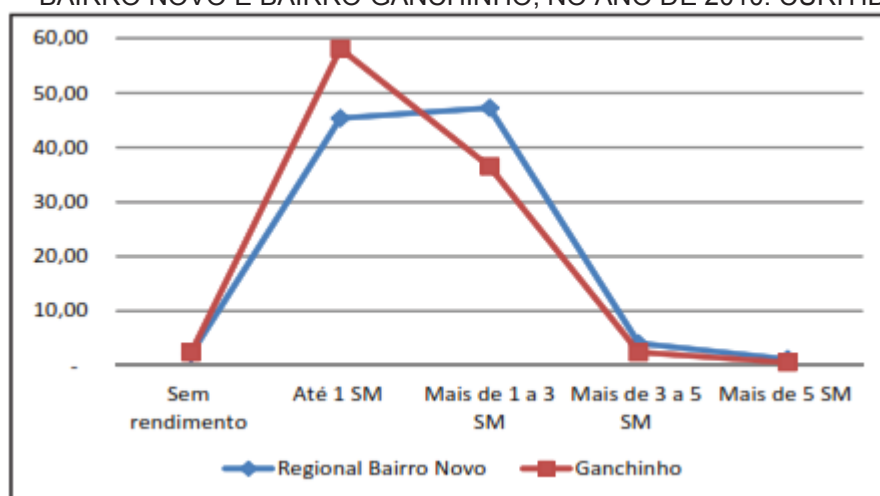
FIGURA 8 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES DA REGIONAL BAIRRO NOVO, 2010, CURITIBA-PR, 2018



FONTE: CURITIBA (2013, p.15)

No bairro Ganchinho prevaleceu a classe de renda abaixo de um salário mínimo, mostrando que este bairro era o que tinha famílias vivendo em situações mais precárias em relação aos demais bairros da regional. (FIGURA 9)

FIGURA 9 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, CONFORME CLASSE DE RENDIMENTO *PER CAPITA*, REGIONAL DE SAÚDE BAIRRO NOVO E BAIRRO GANCHINHO, NO ANO DE 2010. CURITIBA-PR, 2018.



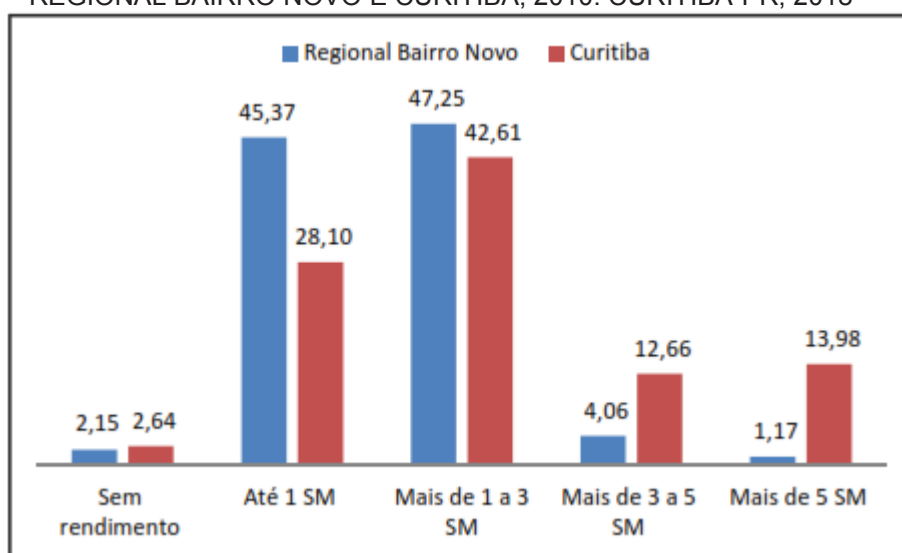
FONTE: CURITIBA (2013, p.16).

NOTA: Salário mínimo do período: R\$ 510,00.

Em relação à extrema pobreza⁶, este indicador se refere aos domicílios particulares permanentes⁷, com rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* de até R\$ 70,00 (setenta reais). Os dados foram levantados pelo Censo 2010, realizado pelo IBGE, seguindo algumas restrições estabelecidas para os domicílios que se enquadrassem nas condições de extrema pobreza. (CURITIBA, 2013).

A Regional Bairro Novo apresentou 497 domicílios em situação de extrema pobreza, valor referente a 8,45% do total dos domicílios em extrema pobreza do Município (9,6 %), envolvendo uma população de 1.503 habitantes, conforme a FIGURA 10. (CURITIBA, 2013).

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PER CAPITA DOS BAIRROS DA REGIONAL BAIRRO NOVO E CURITIBA, 2010. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: CURITIBA (2013, p.16)
NOTA: Salário mínimo R\$ 510,00

Em relação à educação, foram computados 110 estabelecimentos escolares distribuídos entre públicos e privados, tais como centros de educação infantil,

⁶ Domicílios em situação de extrema pobreza foram relacionados às residências sem banheiro de uso exclusivo, sem ligação com rede geral de esgoto ou pluvial e sem fossa séptica, em área urbana sem ligação à rede geral de distribuição de água, sem energia elétrica, com pelo menos um morador de 15 anos ou mais de idade analfabeto, com pelo menos três moradores de até 14 anos de idade, pelo menos um morador de 65 anos ou mais de idade. Também foram incluídos os domicílios e moradores em domicílios com rendimento mensal domiciliar *per capita* somente em benefícios.

⁷ Domicílio particular permanente é o domicílio que foi construído para servir exclusivamente à habitação e, na data de referência, tinha a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas. Considerou-se como rendimento nominal mensal da pessoa de 10 anos ou mais de idade, responsável pelo domicílio particular permanente, a soma do rendimento nominal mensal de trabalho com o proveniente de outras fontes.

escolas de ensino fundamental, médio e superior. Perfazendo valores acima de 93,61% da população com taxa de alfabetização das pessoas com 5 anos ou mais anos de idade, e acima de 95,38% para a taxa de alfabetização das pessoas com 10 anos ou mais anos de idade (CURITIBA, 2013).

Sobre o setor da saúde, foram registrados 86 equipamentos que ofereciam serviços de atenção à saúde. Os serviços públicos eram: 12 unidades municipais de saúde com modelo de atenção à saúde da família, uma UPA (unidade de pronto atendimento) que funcionava 24 horas, um Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e drogas com atendimento ininterrupto e uma maternidade municipal. Em relação aos serviços privados, foram contabilizados três Instituições de longa permanência para idosos, 66 farmácias, um laboratório clínico e um equipamento para práticas integrativas (CURITIBA, 2013).

Para os equipamentos de esporte e lazer foram computados os números de: seis clubes esportivos e academias devidamente formalizadas e apenas um local para diversão, intitulada como discoteca /danceteria. O Portal do Futuro foi considerado como um dos únicos equipamentos públicos para lazer e cultura desta região, oferecendo um calendário com dias e horários restritos em atividades escaladas em dias de semana e finais de semanas alternados. Além disso, há poucos registros no IPPUC de outras opções para lazer, sendo encontrados um parque, um bosque, dois eixos de animação, sete jardins e 28 praças. Ainda nesse contexto, pode-se referenciar alguns equipamentos sob a administração da SMELJ, como, por exemplo, as academias ao ar livre e quadras de esporte. Não foram encontrados registros de teatros e cinemas que permitissem acesso à cultura e lazer para a população desta região (CURITIBA, 2013).

Sobre a infraestrutura⁸ da região, nos três bairros que compõem o Distrito Sanitário Bairro Novo (Sítio Cercado, Umbará e Ganchinho), havia 100% dos domicílios com lixo coletado por serviços de limpeza, 99% dos domicílios tinham energia elétrica através de companhia distribuidora, acima de 95% dos domicílios estavam ligados à rede geral de abastecimento de água, mas ainda podíamos encontrar no bairro Umbará apenas 49,09% dos domicílios com ligação à rede geral

⁸ Foi considerado infraestrutura de uma região: domicílios que recebiam sistema público de coleta de lixo, acesso à eletricidade por companhia distribuidora de energia, acesso ao abastecimento de água potável, acesso à rede pública de esgoto, transporte público, pavimentação urbana, entre outros acessos à recursos públicos (CURITIBA, 2013).

de esgoto ou rede pluvial, e os outros dois bairros tinham acima de 83% (CURITIBA, 2013).

Domicílios com fossa séptica ou rudimentar ainda eram encontrados no bairro Umbará totalizando 40% destes, em comparação a 12% no Ganchinho e 1,62% no Sítio Cercado. Ainda foi possível perceber que outras formas de esgotamento, o esgoto doméstico⁹, que era visível em 12,83% dos domicílios no bairro Umbará, em 4,04% dos domicílios do bairro Ganchinho e em 0,57% dos domicílios do bairro Sítio Cercado (CURITIBA, 2013).

A Regional Bairro Novo possuía trinta e cinco áreas de ocupações irregulares¹⁰ nos três bairros que a compõe. O bairro Sítio Cercado tinha o maior número, que corresponde a 19 áreas de ocupação, a seguir vem o bairro Umbará com 13 áreas. O Ganchinho tinha apenas três áreas de ocupação irregular. Os dados populacionais sobre aqueles que viviam nessas áreas mostram que no Ganchinho eram 6.122 habitantes, enquanto no Sítio Cercado eram 14.387 habitantes nessa situação e, no bairro Umbará, eram 3.354 moradores vivendo nas ocupações irregulares. Nos últimos anos, duas ocupações que existiam no Sítio Cercado foram regularizadas: Cristo Rei e São João Del Rey. A proporção de pessoas vivendo em áreas de ocupação irregular representava 16,4% da população total da regional (CURITIBA, 2013).

Sobre o transporte público, a Regional Bairro Novo era atendida por uma linha de ônibus expresso - Circular Sul, que interligava o Terminal do Sítio Cercado aos terminais do Pinheirinho, do Portão e do Boqueirão. Além do Expresso, o Sítio Cercado ainda era atendido pelo Interbairros, Linha Direta, e mais 12 linhas de alimentadores, desta forma, atendendo os diversos loteamentos do bairro. O Umbará e o Ganchinho, bairros que ainda preservam características do tempo em que faziam parte da área rural da cidade, eram servidos apenas por linhas de alimentadores que saíam do Terminal do Pinheirinho e, há pouco tempo, foram inseridas linhas no Terminal do Sítio Cercado. Atualmente pouco mais de 91% da população da Regional Bairro Novo mora a uma distância de 250 metros de uma

⁹ Esgoto doméstico é despejo líquido resultante do uso da água para higiene e necessidades fisiológicas humanas (PORTAL TRATAMENTO DE ÁGUA, 2011).

¹⁰ Ocupações irregulares são todos os assentamentos urbanos (caracterizados pelo uso e ocupação do solo na cidade) efetuados sobre áreas de propriedade de terceiros, sejam elas públicas ou privadas, bem como aqueles providos pelos legítimos proprietários das áreas sem a necessária observância dos parâmetros urbanísticos e procedimentos legais estabelecidos pelas leis de parcelamento e uso do solo (LIMA- COSTA, 2011).

linha de ônibus. O Sítio Cercado é o que tem o maior percentual de atendimento, com 97% das linhas de ônibus. O Umbará e o Ganchinho tinham percentuais menores, 39% e 66%, respectivamente. Os ônibus que circulavam pela Regional utilizavam-se predominantemente de pistas com pavimentação alternativa como o anti-pó, que correspondem a 54% das ruas onde passava o transporte público. O asfalto de concreto cobria 45% das vias e 1% ainda transitavam por ruas de chão batido (CURITIBA, 2013).

Podemos mencionar a organização da sociedade civil na Regional Bairro Novo, que possui 87 organizações cadastradas na FAS - Fundação de Ação Social. No Sítio Cercado existiam 70 organizações da sociedade civil, no Umbará existiam 13 e 4 organizações no Ganchinho. Essas organizações representam diferentes segmentos da sociedade civil e vão desde clubes de mães até associações de moradores e sociedades beneficentes (CURITIBA, 2013).

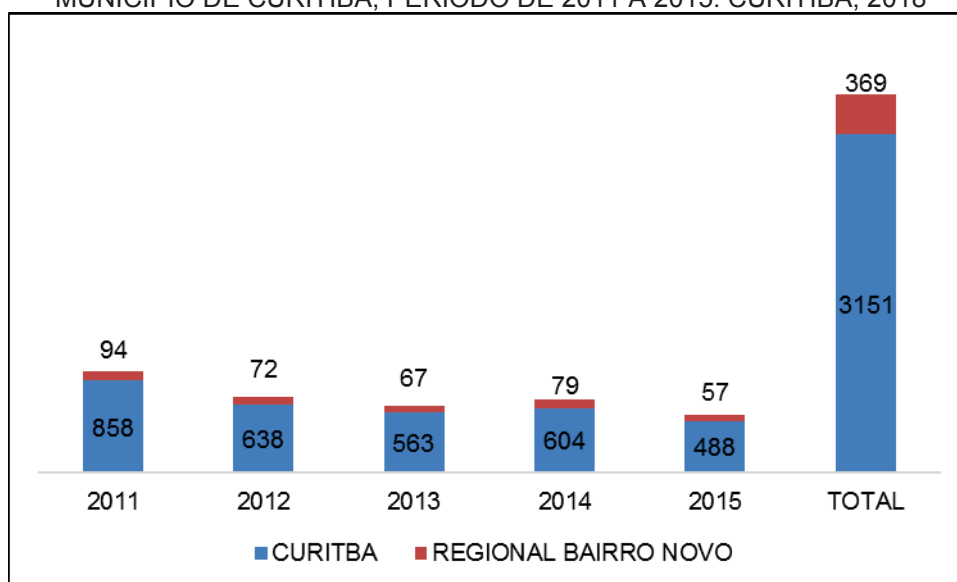
Foram identificados ainda, nessa Regional Bairro Novo, 17 equipamentos públicos para a promoção social. O Sítio Cercado é o bairro que concentrava a maior parte deles. O bairro Sítio Cercado era atendido por sete Centros de Referência de Ação Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado em Ação Social (CREAS) e cinco Liceus de Ofícios. No bairro Umbará existia um CRAS e ainda duas casas de repouso (instituições de longa permanência) e uma associação de moradores que eram particulares. No Ganchinho não havia nenhum tipo de equipamento (CURITIBA, 2013).

5.2 VIOLÊNCIAS CONTRA O ADOLESCENTE EM CURITIBA E NO DISTRITO DO BAIRRO NOVO

Sobre o contexto da violência neste território, sabe-se que as cidades se tornaram palco de uma guerra silenciosa e não declarada. O Brasil assistiu a um crescimento muito expressivo nas taxas de homicídios a partir dos anos de 1980. Ao observar essa evolução recente, podemos retratar o cenário sobre a violência na Regional Bairro Novo, a partir dos dados da Secretaria de Segurança Pública do Paraná, que demonstra um decréscimo de 27,7% no número de homicídios dolosos registrados em 2012 em relação a 2010. Dois dos três bairros tiveram redução significativa no número de ocorrências. O bairro Sítio Cercado reduziu de 62 homicídios em 2010 para 43 em 2012, e o bairro Ganchinho, de 16 para nove

homicídios no mesmo período. O bairro Umbará manteve as 16 ocorrências em 2012 assim como foi no ano de 2010. Nos dados de 2010 foi possível georreferenciar os homicídios na Regional, e com isso constatou-se a concentração de ocorrências nas áreas de ocupação irregular demarcados pelo Setor Especial de Habitação de Interesse Social (SEHIS), principalmente quando a motivação dos homicídios foi o tráfico de drogas, uso de drogas e rixas. Houve um decréscimo de mortes violentas nesta regional nos anos de 2011 a 2013, com aumento em 2014 e importante decréscimo em 2015, variações que se assemelham aos dados do município de Curitiba, no mesmo período. (GRÁFICO 1)

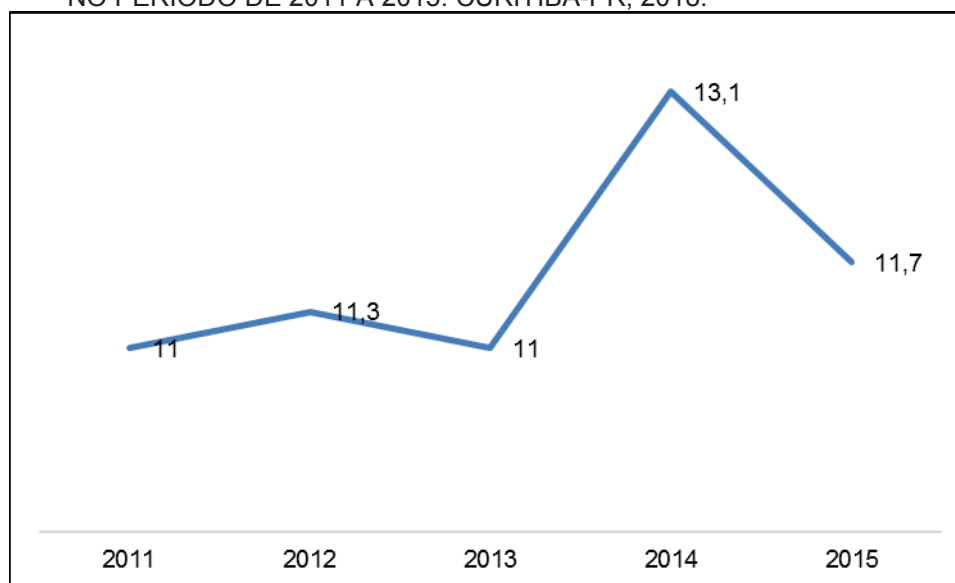
GRÁFICO 1 - NÚMERO TOTAL DE MORTES VIOLENTAS NA REGIONAL DO BAIRRO NOVO E NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PERÍODO DE 2011 A 2015. CURITIBA, 2018



FONTE: A autora com base em PARANÁ (2011;2012;2013;2014;2015)

Destacamos, quanto ao percentual das mortes violentas por natureza penal contidas neste relatório da SSP- PR, mortes por homicídio doloso, latrocínio e mortes por lesão corporal, a Regional Bairro Novo teve 11,7% de todas as mortes violentas registradas na Capital Paranaense no período de 2011 a 2015, totalizando 369 mortes. No gráfico abaixo podemos perceber os percentuais desses anos aqui levantados. (GRÁFICO 2)

GRÁFICO 2 - FREQUÊNCIA DE MORTES VIOLENTAS NO DISTRITO SANTÁRIO BAIRRO NOVO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015. CURITIBA-PR, 2018.



FONTE: A autora com base em PARANÁ (2011;2012;2013;2014;2015)

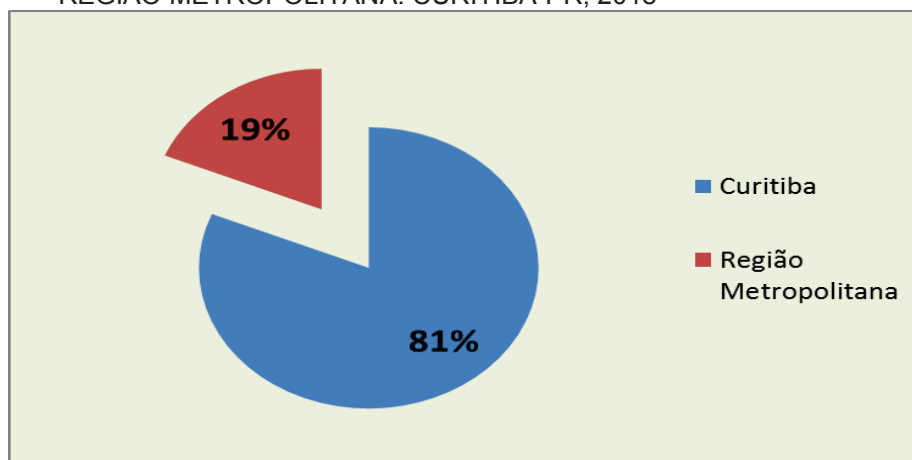
Ainda nesta primeira etapa do estudo foram pesquisados, também, os dados secundários provenientes do sistema de informações do centro de epidemiologia em saúde do Município de Curitiba, que possui os dados das notificações das violências sofridas por crianças e adolescentes do referido município por distrito sanitário, esses dados tem o objetivo de verificar quais eram as violências sofridas pelos indivíduos que estavam na faixa etária estudada na presente pesquisa.

A seguir estão apresentados os dados coletados a partir do banco de dados referente às Fichas de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada do Município de Curitiba, a qual foi adaptada da Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal do Ministério da Saúde, onde foram adicionados campos com letras para complementar as informações das notificações de violências.

Foram coletados os dados dos anos de 2011 a 2015 referente aos casos notificados de adolescentes vítimas de violências no Município de Curitiba e no Distrito Sanitário Bairro Novo, na faixa etária de 10 a 14 anos, o número e a frequência de casos notificados serão apresentados na sequência.

Os serviços que compõem a rede de proteção no município de Curitiba, realizaram 27.146 (100%) notificações de casos violentos contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2015. Desses casos, 22.059 (81%) foram notificados em crianças e adolescentes residentes na capital paranaense e o restante, 5.087 (19%) casos, foram em menores de 17 anos, 11 meses e 29 dias residentes em outras localidades da região metropolitana de Curitiba. (GRÁFICO 3)

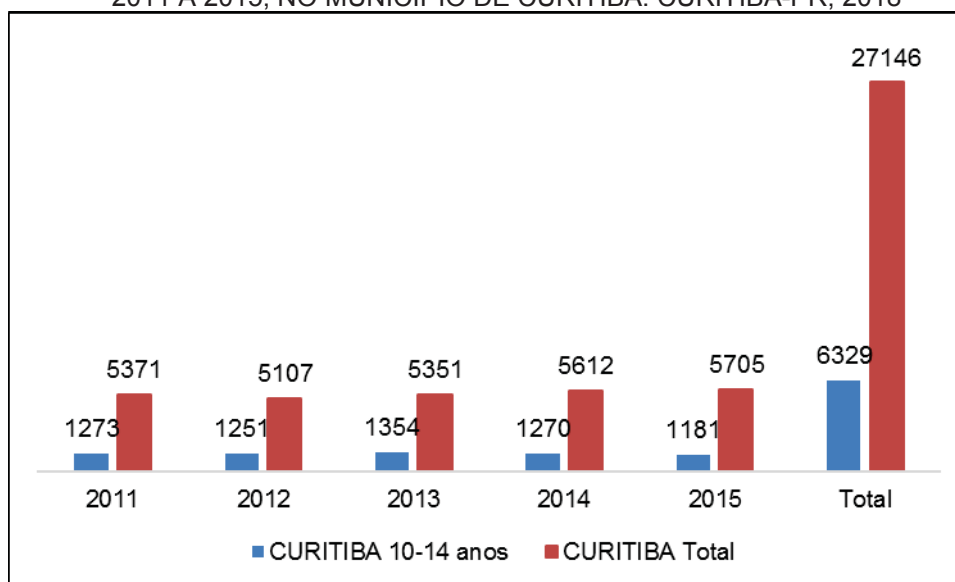
GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Do total de violências contra crianças e adolescentes notificadas pelos serviços da rede de proteção do Município de Curitiba, o ano de 2015 com maior número de notificações do período, perfazendo 5.705 casos registrados de violência, com mostra o GRÁFICO 4.

GRÁFICO 4 - TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Em relação à faixa etária das crianças e adolescentes vítimas de violências, no Município de Curitiba, houve a seguinte distribuição: os indivíduos menores de 1 ano tiveram 14,7% de notificações, seguidas por 14,6% de crianças na faixa etária

de 1 a 4 anos, 25,3 % dos casos com crianças na faixa de idade de 5 a 9 anos, enquanto que na faixa etária de 10 a 14 anos, foram 28,7% dos casos, e 16,8% dos casos foram com indivíduos na faixa etária de 15 a 17 anos, 11 meses e 29 dias.

(TABELA 2)

TABELA 3 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, POR FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018.

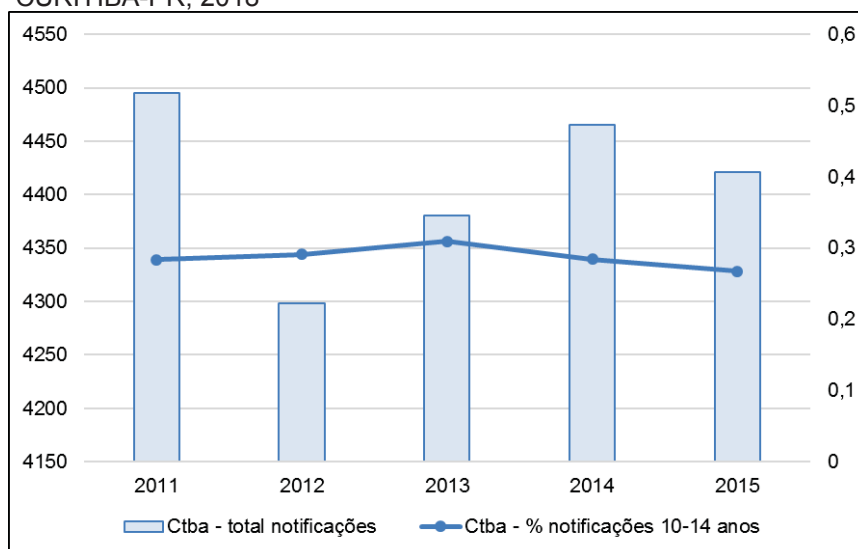
Faixa etária (anos)	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
0 a < 1	741	16,5	673	15,7	550	12,5	656	14,7	629	14,2	3249	14,7
1 a 4	613	13,6	621	14,5	627	14,3	700	15,7	654	14,8	3214	14,6
5 a 9	1164	25,9	1153	26,8	1087	24,8	1105	24,7	1073	24,3	5582	25,3
10 a 14	1273	28,3	1251	29,0	1354	30,9	1270	28,5	1181	26,7	6329	28,7
15 a 17	704	15,7	600	14,0	762	17,5	734	16,4	885	20,0	3685	16,8
Total	4495	100,0	4298	100,0	4380	100,0	4465	100,0	4421	100,0	22059	100,0

Fonte: A autora com base em CURITIBA (2016)

NOTA: Em todos os relatórios da Rede de Proteção, elaborados pelo Centro de Epidemiologia em Saúde – SMS/CURITIBA, a faixa etária dos adolescentes foi estratificada de 10 a 17 anos, 11 meses e 29 dias; informações contidas nas fichas de notificação individual.

Dessa forma, percebe-se que, no grupo da adolescência, há prevalência das violências em indivíduos que estavam na faixa etária de 10 a 14 anos, no Município de Curitiba, perfazendo 28,7% das notificações no período do estudo, conforme os dados da TABELA 2, justificando o estudo da faixa etária mencionada. Nessa perspectiva, em relação à série histórica, observou-se que houve maior prevalência dos casos de violências contra adolescentes na faixa etária do estudo, no ano de 2013, perfazendo 30,9%, e no ano de 2015 encontramos 26,7%, como a menor prevalência nesse grupo.

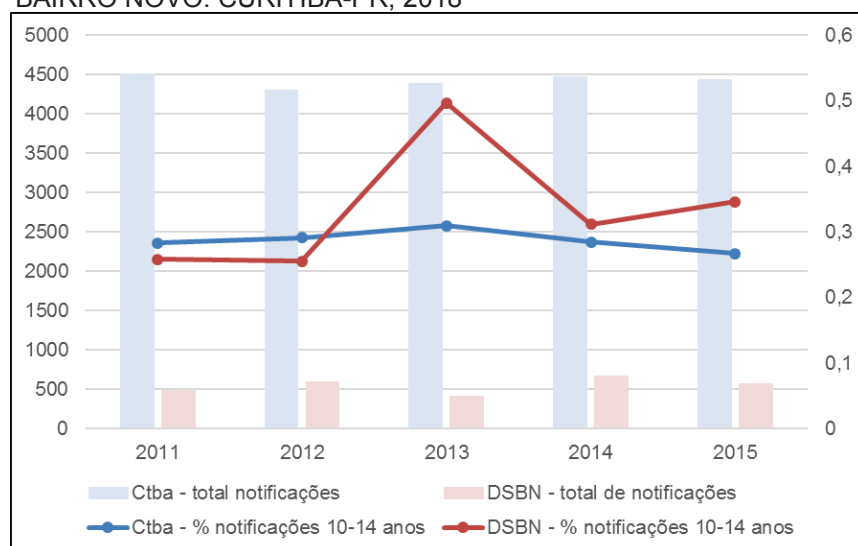
GRÁFICO 5 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Para embasar a reflexão sobre o fenômeno da violência contra adolescentes no Município de Curitiba, foi necessário realizar a comparação das frequências das violências, do Município e do Distrito Sanitário Bairro Novo. Tendo-se, dessa forma, coincidentemente, o ano de 2013 com a maior frequência das violências, tanto no Distrito Sanitário, estudado com 49,6%, quanto no Município de Curitiba, com 30,9% das notificações de violências contra adolescentes. (GRÁFICO 6)

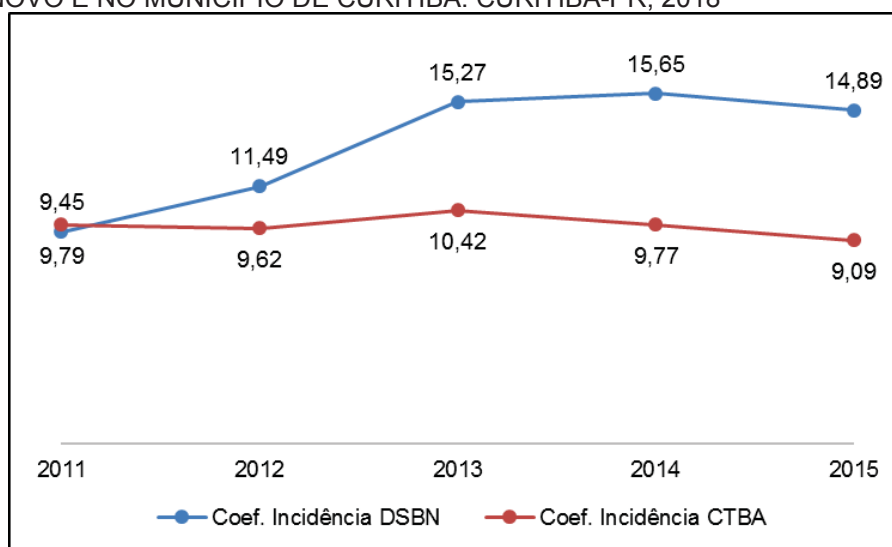
GRÁFICO 6 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Ainda na perspectiva de comparar os dados que caracterizam as violências contra os adolescentes no município de Curitiba e no distrito estudado, foi necessário realizar a comparação da incidência das violências, a partir do cálculo do município e do Distrito Sanitário Bairro Novo. A incidência foi calculada pelo número de casos de adolescentes vítimas de violências na faixa etária de 10 a 14 anos para cada 1000 adolescentes. Observou-se que, no período estudado, o maior coeficiente em Curitiba foi no ano de 2013, apresentando-se 10,4 casos de adolescentes vítimas de violências, e o menor coeficiente foi no ano de 2015, com 9,09 casos de adolescentes vítimas de violências por 1000 adolescentes. Já, no Distrito Sanitário Bairro Novo, a incidência da violência para o mesmo grupo foi maior no ano de 2014 com 15,65 por 1000 adolescentes residentes no território, e a menor incidência foi de 9,45 por 1000 adolescentes residentes no território, no ano de 2011 (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 7 - INCIDÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO E NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

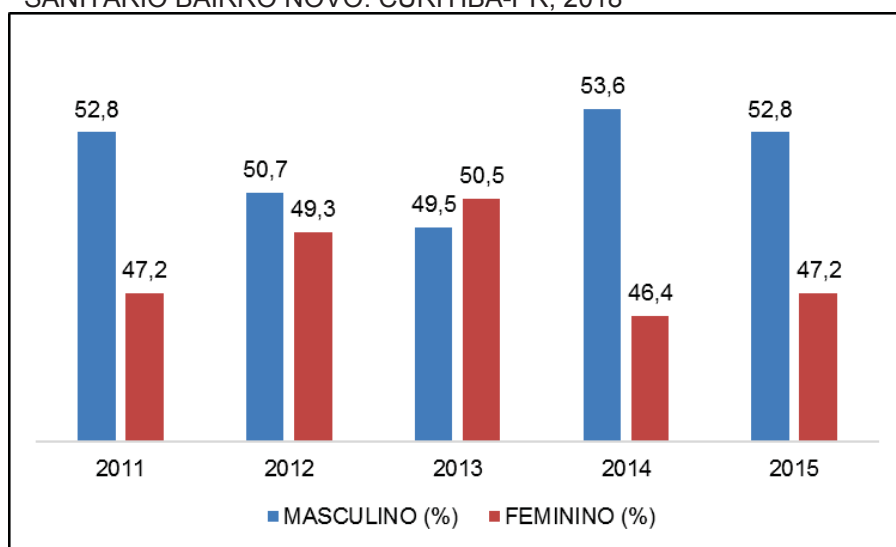
Foram notificados, no período de 2011 a 2015, 2.721 casos de violências contra crianças e adolescentes residentes no Distrito Sanitário Bairro Novo. Estes casos aconteceram na faixa etária de 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias, e esse número perfaz 12,33% do total dos casos notificados em todo o município, o qual obteve 22.059 casos.

Para faixa etária de recorte do estudo (10 a 14 anos de idade), registraram-se 883 casos de violências contra adolescentes, notificados no período de 2011 a 2015,

no distrito sanitário pesquisado, perfazendo 32,45% do total das notificações, que foi de 2.721 casos. O ano que obteve maior número de notificações das violências nesta faixa etária foi o ano de 2014, com 207 casos notificados.

Em relação ao sexo dos adolescentes vítimas de violências, percebeu-se que o sexo masculino teve um percentual maior no ano de 2014, com 53,6%, em relação ao sexo feminino com 46,4% das notificações. (GRÁFICO 8)

GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018

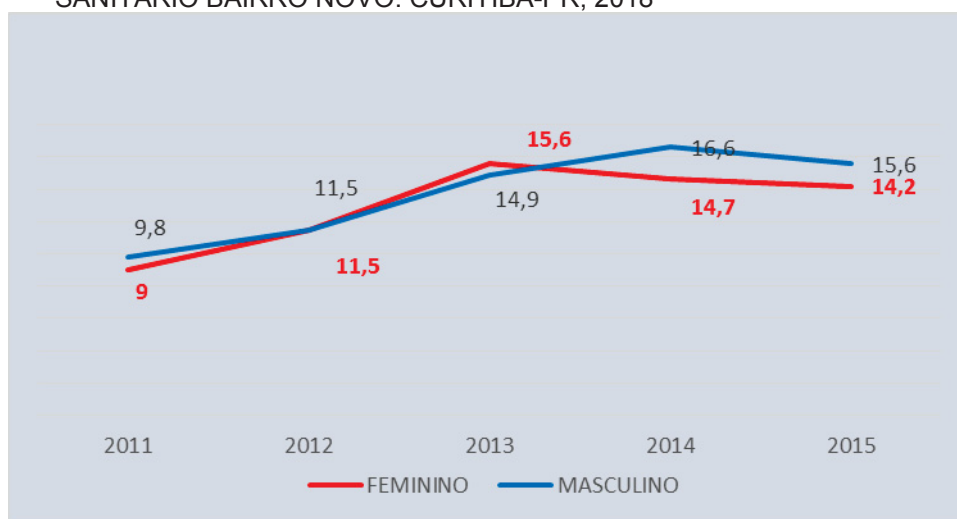


FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Os dados demonstraram que, na distribuição dos adolescentes segundo sexo¹¹, que sofreram violências no território do Distrito Sanitário, no período os valores estiveram muito próximos. No ano de 2013, os adolescentes do sexo feminino tiveram maior incidência das violências, com 15,6 para cada 1000 adolescentes residentes no território do distrito sanitário; já os adolescentes do sexo masculino tiveram a maior incidência no ano de 2014, com 16,6 para cada 1000 adolescentes residentes no território do distrito sanitário, demonstrados no GRÁFICO 9.

¹¹ Na ficha de investigação epidemiológica individual para fins de notificação compulsória das violências interpessoal/autoprovocada, no campo nº13 a identificação da vítima é feita por sexo, portanto, utilizam-se nesta pesquisa os dados sobre sexo feminino e masculino.

GRÁFICO 9 - INCIDÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

No banco de dados de casos de violências contra adolescentes residentes no Distrito Sanitário Bairro Novo, no período de 2011 a 2015, foram notificados 883 casos de violências. Os casos tiveram identificação de violências de diferentes naturezas, muitas delas perpetradas simultaneamente ao mesmo indivíduo, ou seja, o mesmo adolescente sofreu violências de diferentes naturezas. Assim, foram registrados 1.204 violências nesses 883 casos.

Com relação à distribuição dos casos de violências por tipo e natureza da violência, tiveram-se as quatro violências mais notificadas no distrito pesquisado, sendo, respectivamente: a primeira mais notificada a **negligência** com 58,7%, em segundo lugar a violência **psicológica** com 13,6%, em terceiro a violência **física** com 12,9 %, e em quarto lugar apareceu a violência **sexual** com 9,9% de todas as violências do Distrito Sanitário Bairro Novo (CURITIBA, 2016, grifo nosso). (TABELA 3)

TABELA 4 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS, POR TIPO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018

Tipo de Violência	Violências Notificadas (n)	Frequência das Violências (%)
Física	155	12,9
Psicológica	164	13,6
Sexual	119	9,9
Negligência	707	58,7
Trabalho infantil	34	2,8
Financeira	1	0,1
Intervenção legal	1	0,1
Outros	23	1,9
Total	1204*	100,0

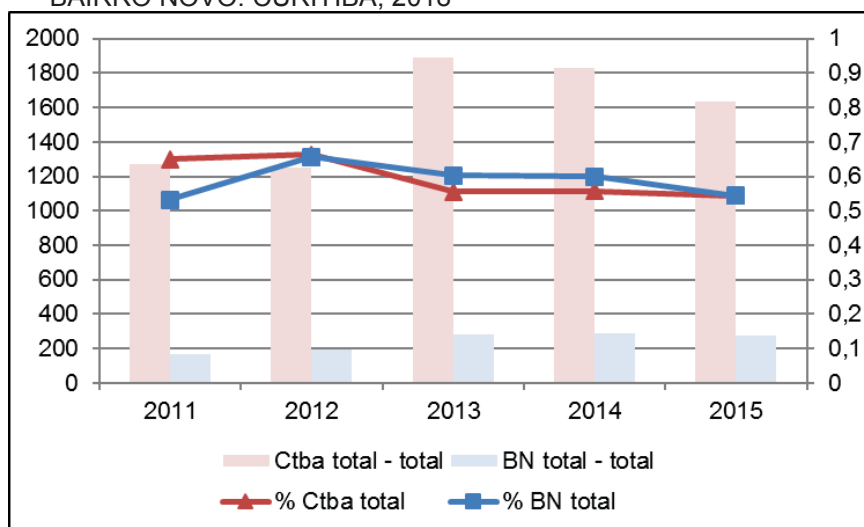
FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

NOTA: * O número de casos segundo a identificação de violências de diferentes naturezas ultrapassa o número de indivíduos já apresentados em outras tabelas e gráficos deste estudo, visto que o mesmo indivíduo sofreu violências de diferentes naturezas e estas estão identificadas nas notificações.

A seguir, vamos demonstrar que o estudo da série histórica das violências encontradas no Distrito Sanitário Bairro Novo têm relação com os dados encontrados no Município de Curitiba. Diante disso, foram realizadas comparações entre o município e o distrito pesquisado, por tipo de violência, ano a ano, para melhor compreensão de como se dá o fenômeno das violências contra adolescentes nesses territórios.

Sobre a violência por **negligência** contra os adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos, durante a série histórica do estudo (2011 a 2015) foi observado que, no Distrito Sanitário Bairro Novo, o maior número de notificações por negligências aconteceu no ano de 2014, com 287 notificações, e em Curitiba o ano de 2013 obteve o maior número, com 1893 notificações. Dessa forma, ao verificar a frequência das violências por negligências, o DSBN obteve 65,6% no ano de 2012, aproximando-se do município, que obteve no mesmo ano a frequência de 66,4% de negligências contra adolescentes, demonstradas no GRÁFICO 10.

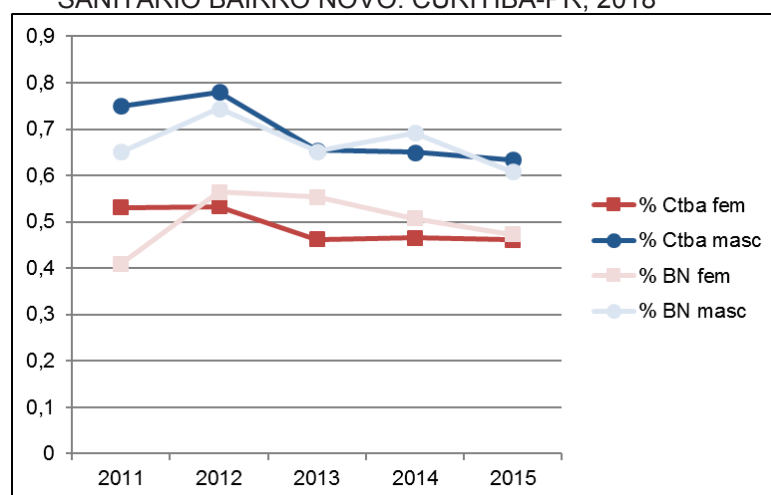
GRÁFICO 10 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS POR NEGLIGÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Ainda nesse contexto, observou-se que, no ano de 2012, este tipo de violência obteve a maior frequência em ambos os sexos. No Município de Curitiba, o sexo masculino obteve-se 78,1%, e no Distrito Sanitário do Bairro Novo registraram-se 74,5% das notificações, também em meninos, no mesmo ano. Em relação às meninas, observado o mesmo ano de 2012, obtiveram-se também as maiores frequências das negligências, o município com 53,3% e o Distrito pesquisado com 56,4% das adolescentes do sexo feminino negligenciadas (GRÁFICO 11).

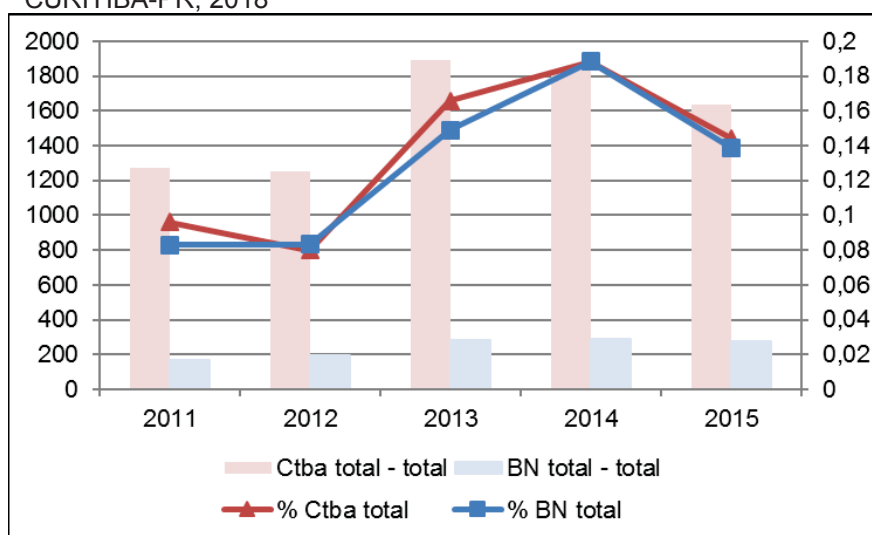
GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS POR NEGLIGÊNCIAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

A segunda violência mais notificada na série histórica do estudo, a violência **psicológica**, teve no Distrito Sanitário Bairro Novo um crescimento considerável desde o ano de 2011, com 8,3%, para 18,8% no ano de 2014. Na sequência, no ano de 2015 houve uma redução para 13,9% das notificações de violências contra adolescentes. Ainda foi possível observar que, no ano de 2014, houve a mesma frequência desta violência, com 18,8% das notificações, no território estudado e no município de Curitiba, conforme demonstrado no GRÁFICO 12.

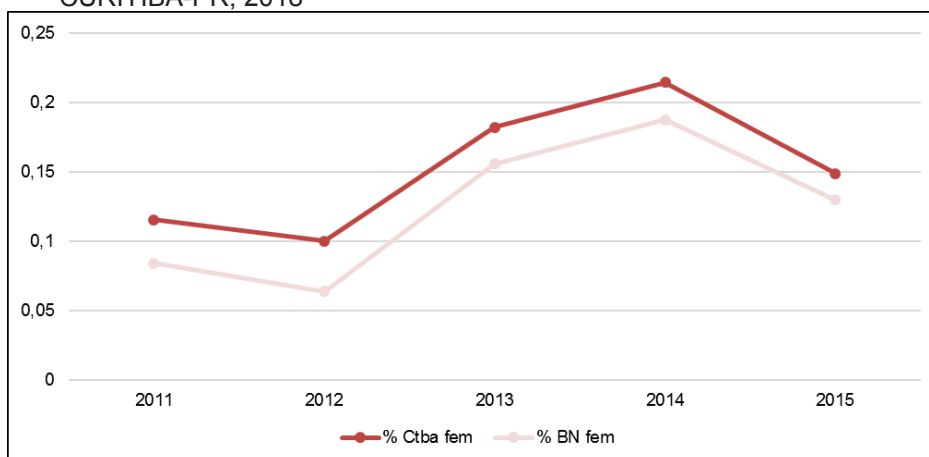
GRÁFICO 12 - NÚMERO TOTAL E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

No ano de 2014, as violências psicológicas foram registradas com as maiores frequências no município de Curitiba e no Distrito Sanitário Bairro Novo. Neste ano citado, destaca-se que as adolescentes do sexo feminino, em Curitiba, tiveram 21,5% das notificações de todos os anos do estudo, enquanto que as adolescentes do Distrito Sanitário Bairro Novo apareceram com 18,8% de todas as notificações por este tipo de violência no período estudado. (GRÁFICO 13)

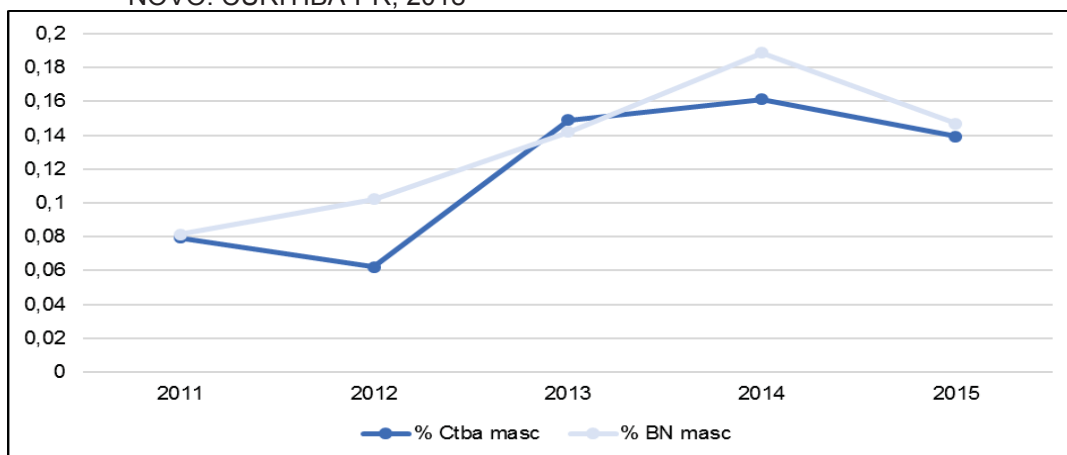
GRÁFICO 13 - FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Em relação aos meninos, foi possível observar que a maior frequência desta violência também correspondeu a este mesmo ano, perfazendo 18,9% no Distrito Bairro Novo e 16,1% desta violência em Curitiba. (GRÁFICO 14)

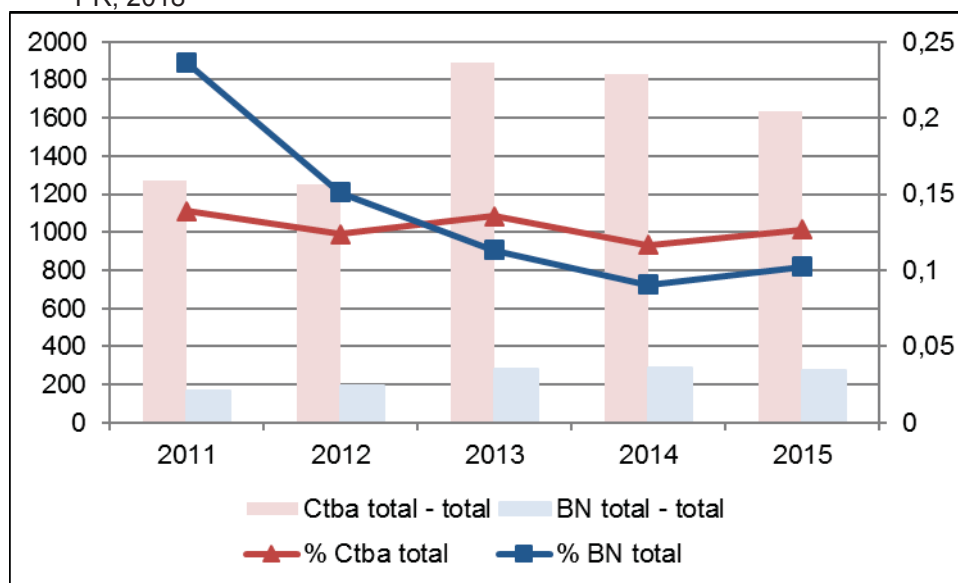
GRÁFICO 14 - FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS PSICOLÓGICAS CONTRA ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

A violência **física** foi, na sequência, a terceira violência mais notificada no Distrito Sanitário Bairro Novo. Dessa forma, é possível perceber pelo gráfico a seguir que, no território estudado, houve redução das notificações desta violência, com 27,7% no ano de 2011, para 10,2% no ano de 2015. Já, no município, percebeu-se uma média de 12% das notificações durante o período estudado. (GRÁFICO 15)

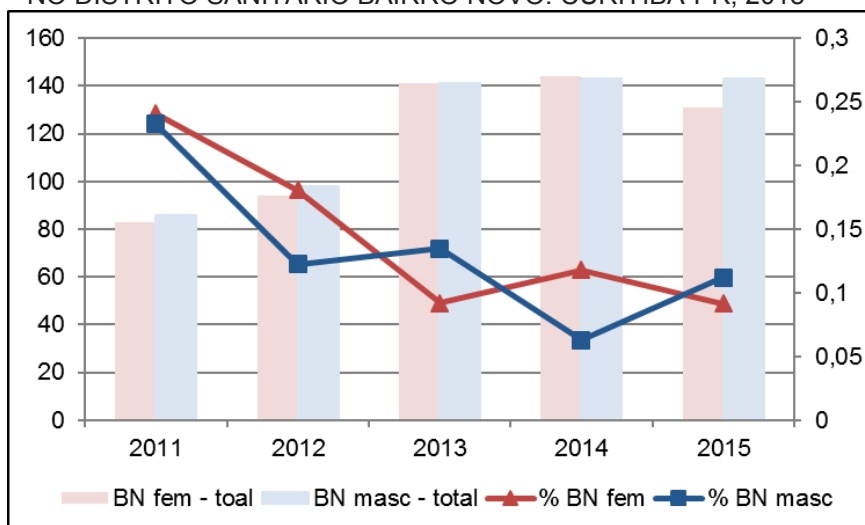
GRÁFICO 15 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS FÍSICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

No distrito pesquisado, a violência física obteve durante o período de 2011 a 2015, importante redução das notificações de violências contra adolescentes. Dessa maneira, observou-se que os anos de 2014 e 2015 corresponderam ao mesmo número de 143 notificações de violências físicas contra os meninos e que a frequência desta violência obtida no ano de 2011 atingiu 23,3%, reduzindo-se até 11,2% das notificações no ano de 2015. Entre as meninas, foi possível observar que o maior número de notificações ocorreu no ano de 2014, com 144 violências físicas, e foi visível a redução da frequência desta violência, no ano de 2011 com 24,1%, para 9,2% em 2015, conforme GRÁFICO 16.

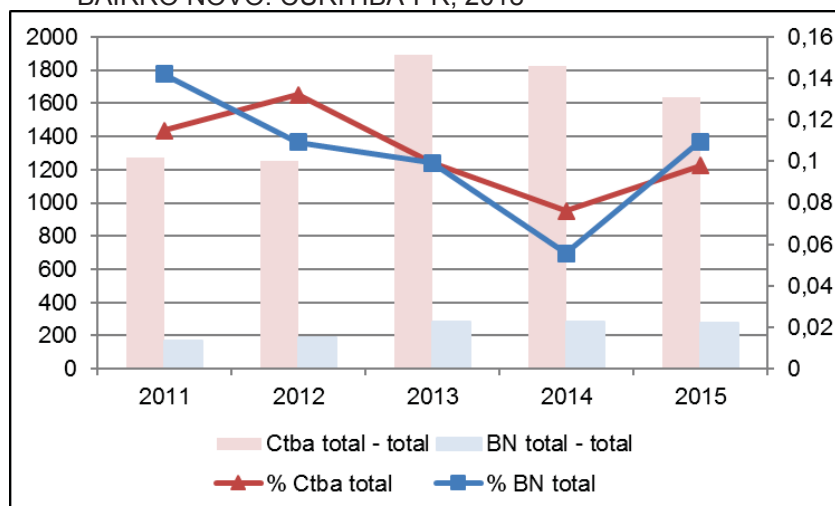
GRÁFICO 16 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS FÍSICAS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Sobre a quarta violência mais notificada, no Distrito Sanitário Bairro Novo, no período de 2011 a 2015, a violência **sexual**, esta teve uma queda brusca, apresentando em 2011 a frequência de 14,2% das notificações, caindo para 5,6% no ano de 2014, e com aumento considerável em 2015, correspondendo 10,9% das notificações de violências sexuais contra adolescentes neste território. Em relação ao município, obteve-se 11,5% no ano de 2011, aumentou para 13,2% no ano de 2012, reduzindo para 7,6% em 2014 e aumentando novamente para 9,8% em 2015. (GRÁFICO 17)

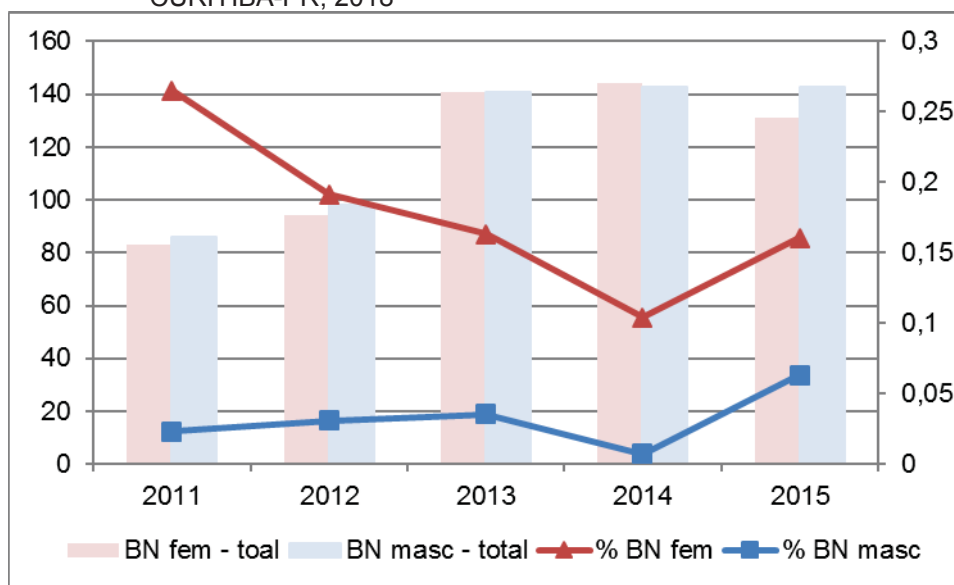
GRÁFICO 17 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS SEXUAIS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Ainda sobre a análise desta violência, percebeu-se que, em relação aos sexos dos adolescentes vítimas de violências neste território, as meninas continuavam sendo as mais violentadas sexualmente, perfazendo 26,5% no ano de 2011, com maior frequência, tendo-se uma redução nos anos seguintes de 2012 (19,1%), 2013 (16,3%), 2013 (10,4%) e um aumento importante para 16% em 2015. Os meninos também foram violentados sexualmente, porém com frequências menores em relação às meninas, tendo-se a menor frequência no ano de 2014, com 0,7%, e a maior frequência no ano de 2015, com 6,3% das notificações, como mostra o GRÁFICO 18.

GRÁFICO 18 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DAS VIOLÊNCIAS SEXUAIS CONTRA ADOLESCENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS, POR SEXO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015, NO DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO. CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora com base em CURITIBA (2016)

Desta forma, é relevante comentar sobre os outros tipos de violências que acometeram os adolescentes no território do distrito sanitário pesquisado, a violência por trabalho infantil, perfazendo 2,8% do total dos 883 casos notificados, a violência financeira e a violência por intervenção legal, perfazendo 0,1% cada uma, e 1,9% para outros tipos de violências que foram notificadas nos anos de 2011 a 2105, conforme foi apresentado na TABELA 3.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As entrevistas ocorreram nos equipamentos onde trabalhavam os membros efetivos da rede de proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo. Assim, as entrevistas ocorreram em 12 unidades de saúde da ESF, um centro de referência de assistência social, um centro de referência de assistência social especializada, núcleo regional da educação do Bairro Novo, Conselho Tutelar do Bairro Novo e também na sede do Distrito Sanitário. Foi previsto, na fase de elaboração do presente estudo, que o universo da pesquisa seria de 16 profissionais, os quais eram membros efetivos da rede de proteção, porém, ao abordar os profissionais e explicitar sobre os objetivos da pesquisa, esse universo de participantes foi ampliado devido ao interesse e aceite dos profissionais para a participação, pois cada equipamento possuía mais de um membro efetivo na composição da rede de proteção. Ao final, o estudo contou com 23 participantes, membros da rede de proteção, todas do sexo feminino, que atenderam aos critérios de inclusão para participar da pesquisa, conforme apresentado no capítulo de metodologia.

Com relação à faixa etária das participantes, cinco participantes declararam estar entre 31-40 anos de idade, 11 declararam que estavam entre 41-50 e sete participantes declararam estar na faixa etária acima de 50 anos .

Em relação ao tempo de atuação na rede de proteção, uma participante declarou atuar havia menos de um ano, oito participantes declararam que atuavam na rede no período de 1 ano a 5 anos, seis participantes trabalhavam com a rede de proteção de 5 a 10 anos, outras seis relataram que estavam na rede entre 10 e 15 anos e duas entrevistadas informaram que havia mais de 15 anos que atuavam como membro efetivo na rede de proteção.

Sobre a caracterização profissional das participantes, dez declararam serem da enfermagem, assim, a área correspondeu a 43% das profissões declaradas pelas entrevistadas, sendo duas auxiliares de enfermagem, e, ainda, que uma destas duas atuava como educadora social¹², quatro eram técnicas em enfermagem e outras quatro, enfermeiras.

¹² A carreira de educador social ainda não foi regulamentada como profissão no Brasil, apesar de se destacar nos últimos anos para atender as demandas sociais e humanísticas da sociedade atual, está em processo de regulamentação, pois ainda não se tem clareza da função a ser executada (SOUZA, 2014)

Dentre outras profissões, 26 % apareceram como profissionais da odontologia, ou seja, seis profissionais, sendo três auxiliares em saúde bucal, duas técnicas em saúde bucal e uma dentista. Foram encontradas também outras profissões que compuseram os 31% restante das entrevistadas: agente comunitária em saúde (1), assistente social (2), professora (1), psicóloga (2), e representante comercial (1) atuando como conselheira tutelar¹³.

5.4 DISCURSO DOS PARTICIPANTES

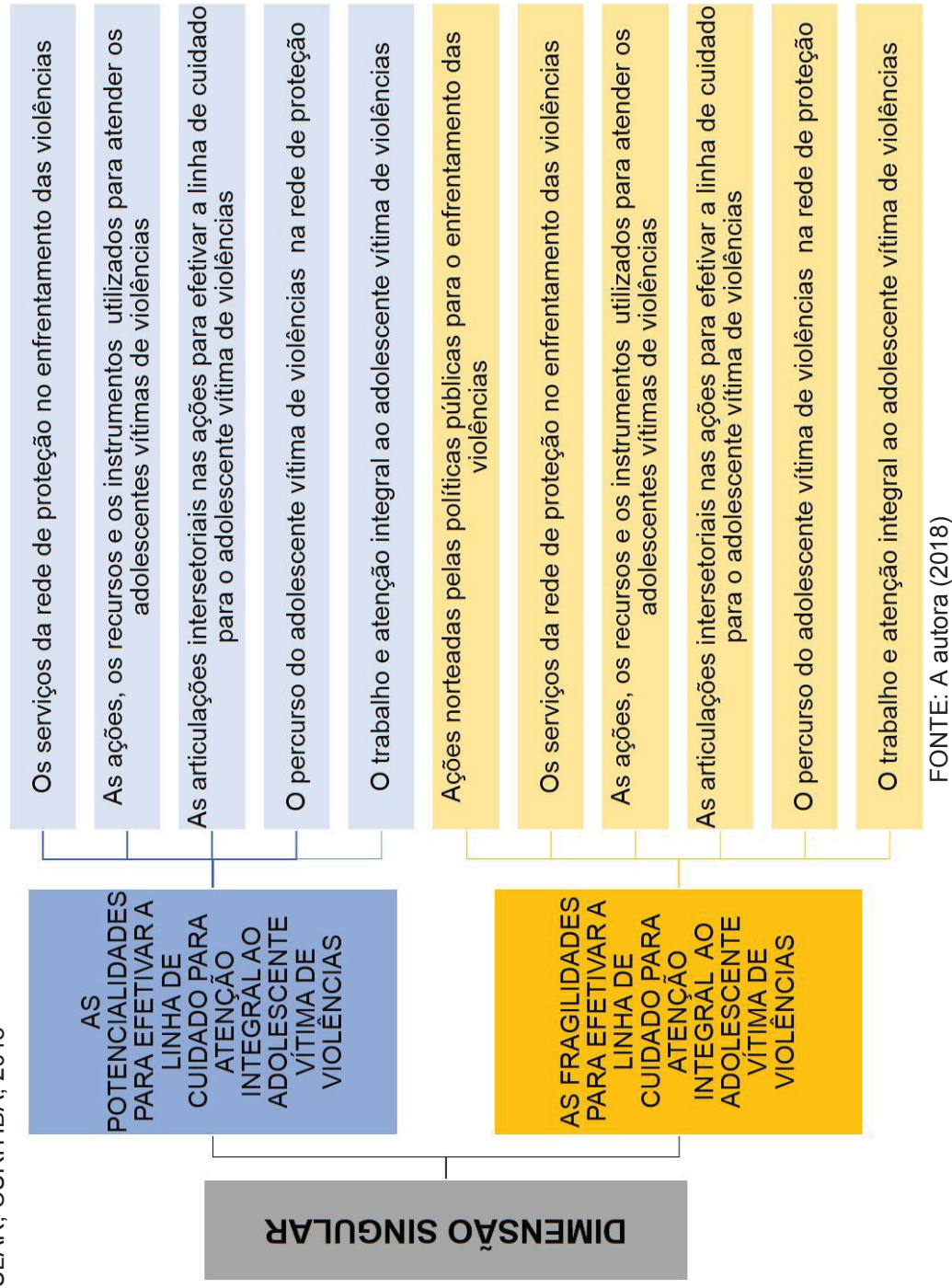
Primeiramente os discursos das participantes foram transcritos para o *software webQDA*, na sequência foram organizados e categorizados a partir dos nós - categorias temáticas, identificados na pesquisa. Na primeira fase de organização dos dados em nós previamente estabelecidos, que foram definidos segundo as categorias analíticas, se observou que havia uma grande densidade de material empírico (discursos) excluído. Com isso, se redesenhou a árvore de nós, neste momento aprofundando ainda mais o olhar sobre o material empírico com as categorias de análise. Esta fase permitiu elaborar uma nova codificação do material empírico. Dessa forma, destacamos que foram necessárias várias aproximações com o material coletado e organizado no *software webQDA* para finalizar a organização dos discursos das participantes e, assim, permitir a elaboração do desenho final das categorias temáticas (nós) que são a seguir apresentadas.

Neste processo exaustivo de leitura e organização de dados, foi possível evidenciar duas categorias que permearam as três dimensões da realidade, dimensão singular, particular e geral. As categorias são: as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências e as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências. Em cada dimensão da realidade estas categorias se desdobraram em mais ou menos subcategorias, conforme representado nas figuras relacionadas a cada categoria (nó).

¹³ Conselheiro Tutelar é um representante da sociedade civil que é eleito por meio de votação e está ligado ao Conselho Tutelar, este se constitui em órgão essencial do Sistema de Garantia dos Direitos (Resolução nº 113 do CONANDA), concebido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990; tem mandato de 4 (quatro) anos permitida uma recondução, mediante novo processo de escolha (BRASIL, 2010).

Apresentamos, a seguir, a dimensão singular representada pela FIGURA 11, com as duas categorias temáticas (nós). A primeira foi: as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências, e a segunda, as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências. Cada categoria apareceu com cinco subcategorias temáticas evidenciadas nos discursos dos participantes do estudo.

FIGURA 11 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO SINGULAR, CURITIBA, 2018



FONTE: A autora (2018)

Na dimensão singular, a qual teve maior densidade dos discursos das participantes, a primeira categoria, **as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, identificaram-se cinco subcategorias, como se segue:

- **Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências** foram apontados por 20 participantes, perfazendo 87% do total das entrevistas. Nos discursos foram mencionados os serviços que são mais acionados pela rede local e os serviços ofertados para os adolescentes vítimas das violências, nomeando-os segundo seus setores correspondentes, assim, foram apontados serviços da assistência social, da saúde, da educação e do Conselho tutelar.

(...) na maioria dos casos a gente envolve também a ação social, então CREAS, CRAS (...) então nessa parte também é fica normalmente pro CREAS fazer contato, normalmente o CREAS nesses casos de violência faz contato telefônico oferece ajuda, né, pergunta por que ainda esses casos de violência você tem que oferecer o serviço, mas também não pode obrigar a família a aderir... Conselho Tutelar também foi envolvido nesse caso (...). E1

A equipe do SAV, a equipe do Conselho Tutelar foi acionada também, foi (...) foi feito relatório e enviado ao conselho tutelar. O Conselho tutelar, eu acho que chegou a acionar o Ministério Público na época, equipe tanto do CRAS quanto do CREAS também estava acompanhando, a rede de ambulatório da Secretaria [da saúde], da unidade de saúde, a equipe do SAV, acho que foram essas (...). E9

(...) então é necessário lembrar que a rede de proteção trabalha em rede de equipamentos. Dependendo do caso, a gente vai precisar envolver Conselho Tutelar, envolver o CRAS, o CREAS, a EDUCAÇÃO, a Unidade de Saúde, ou às vezes até o Ministério Público, no caso do adolescente (...) a Maternidade aonde ela ganhou que notificou a unidade de saúde que acompanhou e o Conselho Tutelar, por ser menor de idade também vai uma cópia para eles (...) essa adolescente entrou no programa de planejamento familiar e a criança, ela ainda está sendo acompanhada na puericultura mensalmente, e essa família tem todo o apoio da unidade pra quando precisar (...). E7

(...) teve a ação do CREAS, CRAS e eu não vou ter certeza agora, porque é outra unidade, mas eu acho que o NASF [núcleo de apoio à saúde da família] foi envolvido porque ele tinha que fazer tratamento psicológico, por essa maneira de ele ser, tão fechado e retraído. Que me lembro de outros profissionais como os agentes comunitários se envolveram diretamente, a equipe de enfermagem [enfermeiros e técnicos de enfermagem], na parte da odonto [odontologia da unidade de saúde], na realidade eles faziam tratamento na odonto (...). E3

- **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências** estiveram também presentes em 20 entrevistas, que correspondem a 7% das entrevistadas.

(...) teve um bom acolhimento nosso, não porque sou eu, mas a Unidade [de saúde] tem que acolher, tem que escutar, ouvir, ajudar, de qualquer forma, isso que é bom, sabe (...) a adolescente pode pegar um bom psicólogo e pode ter uma vida diferente, se ela não for atendida e não for tratada, o que vai acontecer: a vida dela futuramente pode não ser boa, ela pode ter traumas, depressão, não conseguir trabalhar, não conseguir estudar. Então tendo uma boa estrutura familiar e psicológica essa adolescente vai ter uma vida normal, quase que normal, porque nunca esquece (...). E18

(...) então, assim, a saúde, a educação e a FAS, nós todos emitimos um relatório sugerindo então que fosse revisto toda essa questão. Então eu acho assim que o ponto positivo realmente foi esse acordo que as secretarias entraram, mesmo porque, quando você responde via rede de proteção, como você não assina, não se identifica, já dá certa segurança para os servidores que estão a frente desse caso (...). E20

(...) na época foi oferecido curso para o adolescente no liceu de ofícios pra ele ficar um tempo fora de casa, que ele ficava um período na escola, foi oferecido curso, o pai chegou a matricular ele num curso (...) porque vagas para atendimento tem, consegue-se, conseguimos vaga em curso, o CRAS consegue incluir nos programas deles (...). E6

(...) ela tem o apoio da família dele, uma família bem estruturada, então isso que deu certa força para ela procurar ajuda e continuamos acompanhando. O psicólogo que foi agendado de novo, ela tem retorno com ele aqui na unidade (...). E1

(...) temos pacientes que vêm pra cá que já sabe que lá da unidade [menciona o nome de uma unidade de saúde] e se mudou aqui para a área de abrangência da nossa unidade [menciona o nome da unidade de saúde] e aí fica mais fácil, há uma comunicação entre elas [unidades de saúde], é mais fácil (...). E13

(...) e a nossa ajuda mesmo de conseguir encaminhar esse menino para o psiquiatra, que prontamente atendeu. Outro ponto forte foram os encaminhamentos (...) e é assim até hoje, fazemos os encaminhamentos (...). Liga e pede (...). E se consegue, é claro que não consegue esse atendimento para hoje, mas consegue trazer esse atendimento para mais perto. Então não fica assim tanto tempo esperando, que quando precisa a gente liga mesmo, ou pede para médico aqui atender, faz uma consulta de corredor, diz: "Temos uma situação assim, o que dá pra fazer?". Ou conversamos com a psicóloga do NASF também o que dá pra fazer(...) Esses dias atrás teve uma demanda aqui dentro da unidade de saúde e eu pensei: Ai meu Deus o que eu vou fazer? Aí liguei pro CREAS: Preciso falar com a fulana. Aí ela estava lá, dei sorte que ela estava aí ela veio pra cá me auxiliar... Então isso é um ponto forte...não desse caso...mas da gente conseguir ter os parceiros e eles conseguir...é claro. Nem sempre vai estar naquele momento ali...mas alguém vai ter de orientar o que fazer no determinado caso (...). E10

Eu atendi a avó, eu atendi esse adolescente, ele passou por nosso médico aqui, fez uma avaliação, ele foi encaminhado para o nosso hospital de referência, que é o [refere o nome do hospital], foi detectado que foi violência mesmo! Foi feito todo o atendimento lá, foi passado pelo perito também e constatou, enfim, a violência sexual que foi com esse adolescente. Então, no retorno, continuamos até hoje acompanhando esse adolescente (...). E12

- **As articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências**, 13 participantes apresentaram discursos nesta subcategoria totalizaram 56,5% das entrevistadas.

Preparo dos profissionais. Primeiro da maternidade, que foi sensível, que viu que era uma adolescente que estava grávida e não sabia que estava grávida, de uma pessoa que não deu apoio para ela quando ela precisou e foi e notificou e já acionou a unidade de saúde (...) dos profissionais da unidade de saúde que estavam preparados para olhar pra ela nesse momento de fragilidade, dar o apoio que ela precisava (...) do pós-parto... do cuidado com a criança, do planejamento familiar (...). E7

(...) a comunicação, a rede mesmo, UPA, UNIDADE DE SAÚDE, NASF já se interligando nesse caso para que conseguisse o mais rápido possível, e foi um dos primeiros casos daqui, da regional do Bairro Novo. Foi muito rápido a ação, no mesmo dia, passou de manhã lá na UPA, à tarde já passou pela psiquiatra, isso facilitou todo o atendimento, ajudou muito (...). E5

É uma parceria, uma rede muito boa, temos equipamentos, as escolas, tem o CREAS, tem o CRAS que trabalha junto, consegue dar o retorno para aquela criança que está, como eu vou dizer, que fica na rua, conseguimos aquele contra turno e acaba sendo gratificante a nossa parceria com a escola e com o CRAS (...). Teve uma conversa com a psicóloga, pensamos em colocar essa menina no “Cara Limpa” [projeto criado em 2010 para atendimento de dependentes químicos], pela fala da mãe que a adolescente usava a balinha, os “ecstasys”, e que ela estava se prostituindo por droga e tal (...). E11

Trabalhar aqui na rede de proteção, temos uma boa atuação das três políticas, posso dizer pra você a saúde, educação e a FAS, as coordenações que conversamos mais, com os CRAS temos um bom vínculo, com as unidades de saúde (...) então sentamos entre a Educação, Coordenação da Rede, a FAS e a Saúde e definimos que seria feito um relatório, porque a nossa assistente social estava fazendo esse relatório e não quis encaminhar com o nome dela, por expor o profissional, fizemos esse relatório como rede (...). E23

- **O percurso do adolescente vítima de violências nos serviços da rede de proteção** foi mencionado por 14 participantes, totalizando 60,9% das entrevistadas.

(...) a adolescente sofria agressão física do padrasto, foi realizada a notificação pela escola, só que, no mesmo dia, acho que a escola orientou procurar também o conselho tutelar, então ela foi diretamente lá ao conselho, que é difícil. Normalmente os adolescentes são encaminhados para o conselho depois de algumas reuniões. Mas essa adolescente, penso que estava bem desesperada com a situação e fez a busca direta (...). E1

(...) acionamos o SAV, o SAV foi até a casa no mesmo dia algumas horas após, pra fazer o atendimento. Foi feito, foi conversado com o pai, era um adolescente que morava somente ele, na época, ele e o pai (...) conseguimos fazer o encaminhamento desse adolescente pra tratamento

psicológico, na época a pessoa que atendia as crianças e adolescentes vítimas de abuso pela Rede de Proteção [na época a Secretaria de Saúde de Curitiba tinha uma psicóloga especialista no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais] (...). E9

(...) acompanhamos ele por muito tempo, com acompanhamento de psiquiatra, pra tratamento com psicólogo, pra tratamento de consultas em geral. Na época nós acompanhamos aqui enquanto unidade de saúde e Conselho Tutelar presente, FAS presente, acho que naquela época era mais o Conselho, não me recordo muito, mas acho que o conselho que se fazia mais presente, e fomos fazendo diversos encaminhamentos. O pai dentro da dificuldade, era sempre receptivo, então, dentro do que ele podia, ele sempre levava (...). E10

Os profissionais envolvidos então aqui, da nossa área da saúde, a psicóloga daqui fez um contato com a psicóloga do hospital, porque ele está sendo acompanhado por lá (...) também sendo acompanhado por uma nutricionista do hospital e na unidade de saúde, está sendo assistido. Porque a nossa parte é de assistir, daí então a nossa nutricionista assiste o que a outra nutricionista passou como dieta, a psicóloga daqui faz um assistir de nós irmos a casa dele, fazemos a visita regularmente pra essa família. Conversamos com a conselheira, com o diretor da escola, com a pedagoga da escola, e com o CRAS, pra que pudéssemos fazer o contraturno, então, desse adolescente, período que ele não está na escola ele está no CRAS, para que tenha uma atividade, pra que se ocupe, porque, como eu já falei, essa família é uma família desestruturada emocionalmente (...). E8

Mandado para o Ministério Público, foi decidido então o acolhimento [refere-se à institucionalização] das crianças, foi pedido o acolhimento primeiro da mais nova, no dia 2 de setembro foi pedido o acolhimento dela, e depois, no mesmo dia que ela passou mal, eu fui à escola e levei-a ao abrigo. Foi avisada a mãe e a família, ela estava ali no 24 horas [refere-se à unidade de pronto atendimento], porque ela vomitou e passou muito mal e, segundo a médica da UPA [unidade de pronto atendimento] era porque ela estava com fome e desnutrida, porque em casa não tinha comida. A mãe estava com ela no 24 horas [refere-se à unidade de pronto atendimento], também, mas não teve jeito, a juíza determinou o acolhimento naquele dia. Com o acolhimento das crianças, a família extensa compareceu no Conselho Tutelar, as irmãs que moram pertinho da casa dela, e conversamos (...). E14

(...) um caso que teve recentemente aqui na unidade de saúde, que é da Baleia Azul no início do ano, abril, maio, por aí, ela foi atendida na UPA primeiramente, eles que notificaram e passaram o caso para nós, e a gente deu continuidade ao tratamento aqui com o médico, que encaminhou para o psicólogo, do psicólogo para o CAPS. Hoje em dia ela continua ainda no CAPS (...). Foi conversado na escola dela, faz parte da nossa rede por ser um dos equipamentos da rede, pra ir acompanhando, uma rede mesmo, pra amarrar ela... O maior êxito, no meu ver, neste caso, foi o encaminhamento para o CAPS, é o que ela aceitou e está até hoje. Tinha uma equipe na época só pra atender esses casos da Baleia Azul, uma equipe multidisciplinar (...). E4

(...) quando ele foi internado no hospital [menciona o nome do hospital] e a mãe foi pra casa para fazer... levar, tomar banho e tudo mais. Quando voltou, nem a mãe e nem o padrasto pode mais ter contato com ele, eles nunca mais tiveram contato com o menino, o menino foi recolhido, então, até hoje não tiveram mais contato... Esse menino, depois de abrigado, depois de tudo que aconteceu, que o hospital [menciona o nome do

hospital] o retirou, não tiveram mais contato, eles não viram mais o adolescente (...). E3

(...) eu fiz a notificação da rede de proteção, liguei para o CAPS infantil, consegui a consulta naquele momento, a mãe levou a filha para consulta no CAPS e ela ficou lá já fazendo todos os tratamentos necessários. Levei o caso na reunião da rede, onde foi discutida a necessidade de ligar pra escola pra saber sobre o comportamento dela, foi tudo interligado. Houve acompanhamento da escola particular, com a nossa rede aqui e com o CAPS infantil, houve uma estabilização do caso (...). E2

(...) veio uma notificação da escola que ela estava frequentando uma igreja, uma religião nova que não era a mesma da dos pais, e ela começou a ir nessa igreja, ela e a irmã, e, quando foi um dia, ela chegou à escola e estava com os braços cortados. As professoras viram isso, e foi quando foi entrado em contato com os pais, e as professoras notificaram o caso. Foi chamado para uma consulta aqui na unidade, veio com o psicólogo, depois veio com o médico, e no dia da consulta ela relatou que foi em um dia que ela tinha ficado triste, que não tinha nada a ver com a igreja, que ela tinha ficado triste e acabou fazendo aquilo. Ela veio outras vezes no psicólogo e acabou resolvendo, nunca mais apresentou isso, por último que ficamos sabendo é que ela está bem, frequentando as aulas normais (...). E16

- **O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências.** Os discursos nesta subcategoria enfatizaram a importância de prestar o primeiro atendimento à vítima de violência, notificar, discutir os casos em rede e monitorar o andamento das atividades desenvolvidas com a vítima e sua família. Nesta subcategoria, 16 participantes apresentaram discursos que se enquadram, totalizando 69,6% dos entrevistados. Ressalta-se ainda a fala de uma das participantes sobre a particularidade das normatizações no setor da saúde para se realizar registros nas fichas de notificações no Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN).

(...) temos a reunião da rede da unidade de saúde [menciona o nome da unidade] quinzenalmente, devido ao elevado número de casos, fazemos duas reuniões para conseguirmos suprir todas as demandas. Eu sou a referência na unidade de saúde enquanto rede de proteção, mas nada impede que outros profissionais (...) atuem, só que na prática não é bem isso que acontece, quando aparece algum caso de violência é direcionado diretamente a mim, independente se foi feito a notificação (...) eu faço a notificação, encaminho para os equipamentos que forem necessários e encaminho para outros membros da rede e para os profissionais da unidade que sejam necessários (...). Primeiro é discutido os casos novos, e depois nós discutimos os retornos dos casos das reuniões anteriores (...). E2

Então, é necessário lembrar que a rede de proteção trabalha em rede de equipamentos. É necessário pegar e notificar o caso, que é o primeiro passo, que qualquer profissional que está escutando aquela queixa pode notificar, porque, a notificação, ela é sigilosa, não vai nome de profissional, fazer o relato adequado pra quando essa ficha for ser digitada, a pessoa lá entender a história para poder ajudar também. Cada caso tem que dar direcionamento, então (...). E7

Para nós todo trabalho que fizemos quando recebemos a NOs [notificações obrigatórias], o que nós temos de entendimento quando recebemos a NOs de um equipamento da saúde, educação e da assistência, quem formalizou essa NO já deu os primeiros atendimentos (...). E14

(...) quem notifica precisa tomar algumas providências no primeiro momento e que esse encaminhamento também fique dentro do documento notificador e qual a ação que a instituição fez, para que não fique repetitivo, eu encaminho e outro órgão encaminha a mesma coisa. Lá na frente precisa ter um único denominador comum que é a resposta correta e o encaminhamento correto também. (...) E15

(...) é difícil encontrar um profissional que queira ser a referência na rede, mas, quando surge um problema na unidade de saúde, é aquele profissional que todo mundo vai atrás, e eu não vejo a rede com um bicho de sete cabeças (...) aquela família complicada que não às vezes não adere o tratamento, não adere as propostas que o grupo ou o que a rede faz, é uma família que falta um pouquinho mais de atenção, um pouquinho mais de cuidado, não é nada fora do comum (...). E1

(...) todas as notificações acabavam passando por mim, independente se era notificado pela FAS, ou pela educação ou pelas unidades de saúde, todas acabavam passando por todos, e a saúde ainda fica mais responsável pela digitação do SINAN [sistema de informação de notificações de agravos de notificação compulsória] (...). E1

(...) no primeiro momento era a vaga, mas também era o local que pudesse ser mais adequado pra ele, então, assim, teve o envolvimento de muitos profissionais, muitos... Isso, eu acho que foi positivo, sabe (...) a rede como um todo se uniu muito, como te disse naquele outro momento, profissionais de várias secretarias participaram desse momento, então teve uma vontade muito grande para que não se caminhasse para um acolhimento (...). E21

A segunda categoria da dimensão singular, **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, foi a categoria com maior densidade dos discursos, sendo mencionada pelas 23, ou seja, por todas as participantes (100%) do estudo alguma fragilidade. Dessa forma, foram evidenciadas seis subcategorias, como se segue.

- **Ações norteadas pelas políticas públicas para o enfrentamento das violências**, evidenciada por 17 participantes, perfazendo 73,9% dos entrevistados mencionando sobre a morosidade dos serviços que compõem as políticas públicas para dar condições materiais de vida para os indivíduos viverem protegidos das violências ou dar subsídios para o enfrentamento desse fenômeno.

(...) o mesmo tempo, isso é um pouco frustrante, porque você vê aquela criança que sofreu negligência há seis anos, ela continua na Rede! É muito difícil você conseguir uma melhora ou que aquela violência cesse (...)tem sim os casos de sucesso na Rede, que a gente consegue que aquela

família se estruture, que aquela violência acabe, mas em muitos a gente não consegue, isso é uma coisa que faz com que os profissionais acabam desistindo também, porque vê que fica ali lutando, lutando, lutando, e aquilo ali não se resolve (...) Temos crianças e adolescentes que atendemos na Rede e que hoje são mães e são pais, e que aquela (...) esse filho tá vindo também como negligência(...) então isso muitas vezes acaba sendo muito difícil para os profissionais lidarem (...). E9

É a rede não ter um poder, eu atribuo assim: aquele pai não tem condição de criar aquela filha, o pai faz uso de álcool, de outras drogas, já há relatos de pessoas que já viram entrar com duas mulheres dentro da casa na parte que ele mora com a própria filha, porque a casa é dividida em três casas, ele a leva junto para a noite nas festas, é um pai totalmente desestruturado, já teve acusação de violência não só ali dentro do lar, mas fora também, com outras pessoas. Essa adolescente, com certeza, não poderia estar no poder do pai e nem pela família, a meu ver, aquela adolescente já tinha que ser removida daquele lar e talvez criar uma nova oportunidade para ela (...). E17

(...) tinha negligência das diversas, aí já começa pela higiene, então a escola foi só uma vírgula no meio da questão. Tentamos de várias formas colocar esse menino e os irmãos já com a política da educação, o tiramos do regular, colocamos ele no integral, que entendemos: quanto maior tempo ele fica num equipamento, numa escola ou às vezes até mesmo num CRAS, ele está sendo protegido, ele tá sendo orientado, ele está aprendendo de alguma forma (...) mesmo elas sendo protegidas por essas políticas, não é garantia para elas, porque, na região onde elas moram, falta muita coisa, falta um asfalto na casa, na rua de casa, falta um curso pra esses meninos, falta um contraturno no CRAS. Se você for ao CRAS hoje, você não consegue, embora não é papel deles, mas você não tem mais os cursos que tinha antes, você não tem mais pessoal pra trabalhar, você não tem mais. Então, nós vivemos de campanhas esporádicas, vamos fazer agora o mutirão para fazer identidade, o mutirão pra fazer limpeza, prevenir o mosquito da dengue, mutirão porque tá chegando próximo o dia 12 de junho, por exemplo, que é a prevenção do trabalho infantil, então nós estamos nessas ações estanques assim, eu posso falar mais educação, que é a minha área. E6

Como fragilidade, eu penso que a rede deve assim (...) desenvolver mais projetos voltados para o adolescente de forma preventiva, de prevenção de violência, seja sexual, ou de uso de substâncias ilícitas, de violência física também (...). E7

(...) mas a situação era triste, o cheiro de dentro da casa, e não tinha comida, nós levamos comida também para essas crianças. O CRAS atendia também direto, levava as cestas, mas ela também não fazia, ela chegava e ia para a escola, ela não tinha motivação e não entendia o papel dela como mãe, e a rede trabalhou isso, trabalhou pra acompanhamento psicológico, mas não tinha como, se passou um ano e aquela situação (...) então, na última reunião, onde foi contado o caso que a criança mais nova dela chegou à escola e quase desmaiou, e era de fome, a mãe estava trabalhando. A rede retomou, eu já tinha ido à escola, conversado com a diretora e a pedagoga, falou que aquela situação não podia continuar mais e que, se eu não a acolhesse mesmo, iria informar ao Ministério Público a situação. Mas nós já tínhamos mandado o relatório de toda a situação de todos os atendimentos do CRAS, CREAS, serviço de convivência, CAPS, todos os serviços, tudo que fizemos, e mandei para o Ministério Público (...) foi decidido então o acolhimento [refere-se à institucionalização] das crianças (...). E14

- **Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências.** Esta subcategoria foi evidenciada por 12 participantes que perfazem 52,2% do total das entrevistadas, e relataram as fragilidades dos serviços da rede em manter o acompanhamento do adolescente e sua família, a resolutividade dos serviços e o retrabalho dos mesmos.

(...) o pai não levou nos atendimentos, foi tentado, foram feitas várias visitas na casa, foi tentado reencaminhar esse adolescente, por várias vezes foi marcado atendimento, daí o pai levava para um atendimento e depois não levava no retorno. Até que eles acabaram mudando de área, era casa de aluguel, a FAS foi acionada, fazia visita, o CRAS fazia visita, e daí, como o cerco foi apertando, ele parou de receber a equipe (...) uns dois meses depois eles mudaram de área (...) CREAS estava presente na situação também, chegou a matricular, incluir ele num programa que eles tinham na época, que eles tinham um grupo de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual que era específico pra abuso, eles incluíram ele nesse grupo de atendimento, mas não chegaram a ir (...) ajudaram ele num curso no liceu de ofícios, que foi via CREAS que foi atrás, (...) era um curso de informática que ele falou que queria fazer, mas o pai não chegou a concretizar, a levar (...) acionamos o Conselho Tutelar pra que eles tentem de certa forma coagir, obrigar, e enfim, tentar convencer esses pais a levar, mas eles também tem um limite de ação até onde eles podem chegar (...) E9.

(...) quando iam à visita na casa, eles não encontravam ninguém, nesse pedaço o Conselho Tutelar já foi incluído também. Então quando chega no Conselho Tutelar eles já pedem as ações, relatórios, todo embasamento, porque chegou até ali e foi para o Ministério Público. Até que um dos meninos, já cometendo pequenos furtos e tal, ele foi pego pela delegacia do adolescente e hoje ele já tá sendo acompanhado pelo SINASE [sistema nacional de atendimento socioeducativo] (...). E6

(...) mas existem, enfim, as prioridades, e muitas vezes existe aquele adolescente que já está sendo acompanhado pelo hospital, ele acaba, daí, ah, não, ele já existe um acompanhamento lá, já existe a psicóloga lá do hospital, então existe essa fragilidade (...). O CRAS é a mesma coisa, em relação ao contraturno, se ele não vai ao CRAS, muitas vezes não consegue saber o que aconteceu com ele já no dia seguinte, daí, no outro dia ele não vai, então, não existe muitas vezes essa logística de fazer todo esse acompanhamento de monitorar mesmo (...) nós fazemos um monitoramento, mas não é um monitoramento tão efetivo como gostaríamos, porque nós temos outras tarefas, então os profissionais envolvidos com a Rede, eles tem outras tarefas, então nós não temos só a Rede de Proteção (...) nesse caso, quando chegou pra nós, chegou assim uma notificação que era a terceira vez que ele tentava o suicídio, daí sim, se abre um alerta bem grande, daí, eu e minha colega [menciona fulana], nós acionamos outros equipamentos, ligamos para o Pequeno Príncipe (...) ligamos para o conselho tutelar (...) ligamos para o CRAS, queríamos um contra turno pra ele, ligamos para a escola, queríamos saber dele na escola, qual que era o comportamento dele na escola, como ele está na escola? Fomos fazer a visita, de primeiro momento já percebemos aquela situação (...). E8

A dificuldade foi a aceitação da própria família, porque essa menina, quando criança, depois que veio à tona, ela começou a fazer o tratamento no CAPS, e a mãe achou que melhorou e abandonou esse tratamento e nisso ficou

(...) Passaram-se anos, não teve um retorno do próprio CAPS na época, não cheguei a saber, né, se tivesse feito busca ativa naquela época que ela teve esse abandono, não estaria como hoje, então foi uma dificuldade da continuidade, faltou (...) só se registra que faltou e fica nisso (...) só que a mãe achou que a criança estava melhor e não precisou mais ir...Dificuldade da aceitação da família, da busca ativa e do feedback dos outros serviços (...). E2

(...) muitas vezes é traumatizante, é revoltante, é dependendo dos casos que vêm, ah, não isso não é nada! Vamos fazer uma visita, vamos conhecer a realidade lá, dentro da casa, quando você chega é totalmente diferente. Quando é relatada por um órgão, uma entidade, o histórico, aí você faz um planejamento em cima disso, uma organização, vê o prontuário, todas as ligações da família, a situação da família, mas, quando você chega à casa, você percebe assim que não tem estrutura, não existe uma regra (...). E13

- **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências**, evidenciados pelas 23 participantes, que perfazem 100% das entrevistadas.

(...) mas daí tem que trabalhar com a família, porque o acolhimento [refere o termo como institucionalização de menores em casas de abrigo], na maior parte das vezes, ele é temporário. Busca-se daí quando confirma e vê que a situação da família não vai mudar, busca-se até a família extensa, mais muitas vezes volta para a mesma casa, então o papel também da saúde é ver: será que essa mãe precisa de ajuda? Será que esse padrasto? Às vezes poder ter uso de álcool ou alguma coisa envolvida, a saúde tem que oferecer ajuda, na maioria dos casos a gente envolve também a ação social, então CREAS, CRAS, porque, ah, esse padrasto batia na adolescente, será que essa mãe também não sofre violência? (...) nessas situações é difícil à adesão aos tratamentos e encaminhamentos, essas são as maiores dificuldades. Temos casos que a gente vê que essa menina tinha que ser afastada da família e demora (...). E1

(...) porque os profissionais têm muita dificuldade de lidar com a rede de proteção, porque você lida com criança e adolescentes em risco, então a maioria dos profissionais não quer se envolver, ou por medo de denunciar a violência, ou pela questão emocional, que é muito sofrido lidar com criança e adolescente vítima de violência. Então as pessoas não querem se envolver, as pessoas preferem se afastar, fingir que não estão vendo, então é muito difícil você sensibilizar os funcionários pra que eles realmente assumam a Rede de Proteção, pra que eles trabalhem com a Rede (...). E9

Estamos em discussão de qual maneira vamos abordar a família, porque não temos como chegar lá e falar, estou aqui com o caso da N.O. [notificação obrigatória] e que, como ela veio (...) está em tratamento por conta do dente dela que infeccionou (...) eu vou até lá no dia da minha visita agora e vou ver como ela está, vou conversar com os avós, a vó é uma pessoa que é mais próxima dela (...) tentamos entender o contexto daquela família, que é muito avesso para tentar ajudar (...) quero ver se me aproximo mais da avó, como já fizemos. Só que, daí, quando você se aproxima da vó que ela vê que vai ter uma atitude mais drástica quanto à situação, ela recua, daí ela já não atende a gente, ela já tranca a porta, só o avô fala que ela não está. Então é complicado, vamos até um limite (...) ela está viciada em álcool, então ela precisa de um tratamento para se livrar desse vício, e tentar fazer um tratamento psicológico e psiquiátrico, porque

ela é um caso psiquiátrico. Segundo o relato da psicóloga, ela tem desvio comportamental grave, só que a família não acredita e não vê como isso, prefere fazer tudo que ela quer, não vê que ela realmente tem um problema, principalmente os avós, que eu acho assim que tentam fazer alguma coisa a mais, é um caso bem complexo (...). E17

(...) mas, ainda assim, temos pessoas que não sabem o que é rede de proteção, não sabe pra que serve, pensam que é um departamento ou que é o Conselho Tutelar ou ainda acham que é um órgão que vai acolher criança. Temos muitos equívocos aí, de entendimento do que é essa rede de proteção, eu também! Há cinco anos eu pensava assim também, a única coisa que eu sabia que uma vez por mês um colega saía do CMEI, eu não sabia o que ele ia fazer, mas ele saía do ambiente de trabalho, ele ia para tais reuniões de rede de proteção (...). E6.

(...) recordo de um caso que nós nomeamos de casos crônicos de rede, são casos que está há anos e a gente não consegue... Vem o irmãozinho, o irmãozinho já é incluído na rede, tem priminha, já está inserida na rede, então é um desses casos aqui que não tem só um adolescente na família, tem dois. Então, a princípio, quando nós percebemos que tinha ali alguma coisa errada, já na escola, mudança de comportamento, a frequência, começamos acionar ali... Começaram as ações de prevenção, primeiro contato com a família, não se consegue contato com a família, não tem telefone, mudanças de endereço constantes, enfim, foi pra rede de proteção e para outras políticas... Tipo caiu, caiu na rede. E6

(...) o professor chamou a gente e falou aquela palavra: “Eu me sinto impotente na frente dessa criança”. E eu, começando na Rede, pensei assim: (...) nossa!, um adulto se sentir impotente na frente de uma criança, né? E aí assim a gente foi aprendendo, foi conhecendo, e aí eu fui entender aquele professor, realmente ele não tinha o que fazer? Não que ele não tinha, ele não conseguia dentro do conhecimento dele entrar naquela família e mudar um pouco daquilo (...) a escola nos chamou para um colegiado, porque a escola não estava dando conta dele, um menino muito violento, vem de uma família desestruturada, a mãe com alcoolismo, inclusive a mãe é alcoólatra até hoje, o pai com saúde fragilizada, tentando conciliar aquela família. Foi um final de semana, esse menino agrediu uma criança na escola e foi um atropelo, porque naquele momento a escola não fez a coisa adequada, a escola chamou a patrulha escolar, na época prenderam o menino e levou, ele ficou um final de semana sem os pais saberem onde ele estava (...). E10

Às vezes acontece a substituição de profissionais, às vezes aquele que está substituindo o que está de férias ou licença prêmio ou de LTS [licença para tratamento de saúde], fica muitas vezes perdido (...). E8

A fragilidade que a gente percebe é com relação aos próprios equipamentos mesmo. Porque nós temos um potencial para agir dentro daquela situação, muitas vezes este potencial é (...) ele sofre uma fragilidade pelo fato da família não aceitar, e, como eu já havia falado, nós não temos como nos imiscuir dentro no âmago do problema e fazer como a pessoa pense diferente ou que ela tenha outro tipo de comportamento (...). E8

(...) a proteção do adolescente, e também assim que o nosso papel não é de ficar coletando muitas informações da adolescente, ficamos com as informações que ela falou, porque cada vez que ela fala ela sofre e também encontramos dificuldades nos encaminhamentos que são demorados, principalmente se tratando de uma questão assim de acompanhamento e tratamento psicológico, sabemos que é um pouquinho demorado porque tem muitos casos, são poucos profissionais e locais para onde você

encaminha, é uma das fragilidades não só deste caso mas de muitos casos que necessitam de encaminhamentos por questões de saúde e de educação, são essas fragilidades que temos (...). E23

Então essa falta de informação da família saber que a unidade está aberta pra isso, que pode conversar na escola, que pode ir ao conselho tutelar conversar sobre isso, que não é só sobre uma denúncia, não precisar vir aqui denunciar, ou ir à escola denunciar, não! Os equipamentos estão abertos para isso, mas infelizmente a população não sabe que o equipamento está aberto para isso entendeu? Essa é a Rede! E8

Algumas vezes vai para o CREAS porque ainda não tem um fluxo de quem vai responder primeiro esse disque 100 todos e acabam todos respondendo. Pra essa situação do disque 100 teria que ter alguns fluxos, mas não foram construídos ainda, os equipamentos recebem, mas quem da baixa no atendimento somos nós [conselho tutelar] que encaminhamos a resposta para o Ministério Público. O Ministério Público não averigua ele manda a situação para o conselho tutelar e vamos lá verificar a situação de risco dos indivíduos e tomar as providências necessárias. Quando nós encaminhamos para a rede de proteção observamos (...) mas o que falta na nossa rede é a falta, mas acho que ela poderia ter mais condições, mais profissionais (...) é muito acumulo eles fazem o que podem, e os casos de violência são de mais, não tem carro (...) precisa de mais subsidio, mais estrutura para que essa rede trabalhe. Por mais que eles nunca vão dar conta, pois sabemos que sempre vão existir os casos de violência, não vão diminuir assim da noite para o dia. Nós recebemos por mês cerca de 70 notificações e mais os casos do FICA [ficha de comunicação de ausência na escola] também não vão pra rede e a maioria vem das escolas e nós vamos visitar. Essa quantidade de FICA'S que a atendemos sempre tem uma violência porque não vai pra rede não é notificado, mas tem o atendimento direto do conselho tutelar e é incrível a quantidade que temos, estamos ainda respondendo as do ano passado, tentamos responder todos e são todas as escolas municipais, estaduais e particulares que nós recebemos. Então nesses FICA'S existem casos de violências e grande demanda até chega ser mais que as notificações (...). E14

- **As articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências**, 18 participantes apresentaram discursos nesta subcategoria, totalizaram 78,3 % do total das entrevistadas.

(...) tem as dificuldades no relacionamento da saúde e a educação, na maioria das reuniões que eu ia as escolas estaduais estavam bastante participativas, mas não tem a participação do núcleo do estado (...) é diferente do município que o núcleo participa das reuniões também, acaba sendo uma coisa até maior assim, do estado normalmente é a pedagoga da escola que participa das reuniões e tinha alguns problemas assim, a reunião é de manhã quem ia às reuniões é a pedagoga da manhã, as vezes era um caso da tarde, ela não sabia daquele caso, não dominava(...). E1

Porque muitas vezes acabamos falhando em algumas coisas e esquece às vezes de acionar algum equipamento ou aquele equipamento por algum motivo não funciona naquela hora (...). E9

Até que um dos meninos já cometendo pequenos furtos e tal, ele foi pego pela delegacia do adolescente e hoje ele já tá sendo acompanhado pelo SINASE [sistema nacional de atendimento socioeducativo], então na

verdade ele ainda está fora da escola porque a gente não consegue criar um vínculo com ele, então nós ainda temos agora uma última, talvez não fosse a última, mas, como educação para gente oferecer para ele talvez um EJA [educação para jovens e adultos] (...). E6

(...) a partir de o adolescente ter que ir para o psicólogo daí já começou a empacar (...) porque a avó não conseguia levar, entendeu? Então o primeiro atendimento foi legal, mas aí o resto começou a ter problemas... Eu percebi também que a parte do Conselho Tutelar também não deu muita resposta pra nós, porque quando a faz a notificação se vai uma via pro Conselho Tutelar e não se teve uma resposta do que o Conselho está fazendo por isso (...). E12

Mas tem outras coisas assim que eu acho que fica devendo, aqueles retornos que não temos, de outros casos (...) há resolutividade de alguns casos, eu só sinto assim uma necessidade, o depois (...) se perde porque tem muitos que vem e migram para outros lugares e a perdemos o contato (...). E11

(...) essa questão da policia né, de investigar logo direito, não seria uma função da família, isso seria uma função policial, eles acolheram tudo, mas foi a tia teve que ir, ela ainda falou inclusive com uma pessoa especializada que indicaram para ela, que foi onde ela acionou a policia, porque a policia em si não estava dando importância para o caso, então se ela não fosse atuante esperta e inteligente esse cara estava solto fazendo com outras adolescentes (...) às vezes não tem sucesso porque estrutura familiar não tem, não tem muita ajuda psicológica, depende um pouquinho de todo mundo já faz a diferença em uma situação dessa (...). E18

(...) a rede "beltrana" [menciona outra rede de outra unidade de saúde] não posso dizer o mesmo, já os integrantes não vão para as reuniões, é muita falta, já teve reunião que estava a FAS e uma pessoa da Educação, então a saúde não participa, não temos os retornos, eu vejo uma grande dificuldade de entendimento, do que cabe a cada secretaria (...) a saúde manda pra nós coisas que caberia realmente à saúde, ou a educação fala que não é deles sendo que era um caso que eles poderiam acompanhar porque a criança está dentro da escola (...)a rede "beltrana" eu encontro bastante dificuldades por causa disso, ou comprometimento talvez ou entendimento do que é rede de proteção (...). E20

(...) uma família que foi notificada, a notificação ela aconteceu porque a menina, uma adolescente ela passou mal na escola, a escola acionou o conselho tutelar porque não conseguiu contato com os pais, a escola acionou o conselho tutelar para buscar a menina na escola. A conselheira foi na escola pegou a menina e foi levar para casa. No que o conselheiro tutelar chegou a casa o pai recebeu o conselheiro armado e pediu pra que eles fossem embora, e aí sem saber de todo esse contexto o conselho tutelar me encaminhou uma requisição para eu fazer uma visita domiciliar desse caso, mas eu não sabia dessa história de ter recebido o conselheiro armado, eu fui fazer a visita domiciliar, por sorte não localizei a residência porque é uma área de invasão (...). E20

(...) mas a grande verdade que a situação hoje a mãe está hospitalizada, o padrasto registrou a menina no nome dele, levou pra outro espaço que não é dentro da nossa regional, e nós, o equipamento aqui só ficou sabendo por que foi fazer uma visita domiciliar pra uma família que mora no mesmo terreno, que no mesmo endereço digamos assim e acabou vindo à tona porque foram necessárias algumas visitas para intervenção e começaram a aparecer dados soltos e começamos a buscar, buscar (...) mas a grande verdade que a situação hoje a mãe está hospitalizada, o padrasto registrou

a menina no nome dele, levou pra outro espaço que não é dentro da nossa regional, e nós, o equipamento aqui só ficou sabendo por que foi fazer uma visita domiciliar pra uma família que mora no mesmo terreno, que no mesmo endereço digamos assim e acabou vindo à tona porque foram necessárias algumas visitas para intervenção e começaram a aparecer dados soltos e começamos a buscar, buscar (...) o acompanhamento era feito de outra forma os registros eram diferentes, os equipamentos não participavam de reuniões de rede local (...). E22

(...) a maioria das coisas quem tem que resolver é a saúde, eu fiquei meia triste com essa situação, o que passa assim vem problema da escola mas quem tem que resolver é a saúde, vem problema do CRAS quem tem que resolver é a saúde, eu acho que tudo não gira em torno da saúde só, então essa parte eu fiquei assim meio decepcionada, pensei que era meio que um grupo que iria ser dividida as tarefas (...) por exemplo abuso que é complicado, porque abuso sexual quando tem que chamar é a saúde e não pode falar o porquê que está chamando é difícil, é complicado porque eu acho que quem tem que fazer essa abordagem seja o conselho tutelar, talvez eles tivessem mais meios para abordar esse caso (...). E16

- **O percurso do adolescente vítima de violências nos serviços da rede de proteção** foi mencionado por nove 9 participantes, totalizando 39,1% das entrevistadas.

Que ele já tá com uma idade de 14 anos e ele já iniciou bem antes dos 10, que é uma faixa que você me perguntou, então na verdade a família inteira continua sendo acompanhada. Com a mãe nós temos um avanço que ela não engravidou mais, ela deu uma esperança para gente, porque me parece que está cuidando um pouquinho mais da sua saúde, a gente não consegue mais perceber a droga dentro de casa, mas a gente ainda tem essas crianças aí, que volta e meia a gente tem que puxar (...) um dos meninos já cometendo pequenos furtos e tal, ele foi pego pela delegacia do adolescente e hoje ele já tá sendo acompanhado pelo SINASE [sistema nacional de atendimento socioeducativo], então na verdade ele ainda está fora da escola porque a gente não consegue criar um vínculo com ele, então nós ainda temos agora uma última, talvez não fosse a última, mas, como educação para gente oferecer para ele talvez um EJA [educação para jovens e adultos] (...). E6

(...) quando ela saiu do curativo eu tentei rodear ela, sabe tentar puxar e conversar o que tinha acontecido e a agente comunitária tinha dito, que tinha havido uma briga com os pais dela, e no caso o padrasto, e que talvez ela tinha apanhado, daí ficou assim, ela não quis saber de nada, pegou foi embora e não consegui saber de nada (...) nós fomos na casa, a agente comunitária tentou falar na casa, mas fugia como diabo na cruz, e no dia de visita, nós íamos lá da nossa micro área 3, eles nunca estavam (...). E13

Essa era uma família inteira envolvida com drogas, tem um irmã que é casada com traficante, e que há uns dois, três anos ficamos sabendo que ela ficou presa, porque estava cometendo assalto e tudo. Chegou aqui magérrima, porque estava no craque, esteve presa aqui perto, não vou citar bairro, mas um bairro aqui próximo estava cometendo assalto nos tubos, ela era menor de idade foi pra D.A. [delegacia do adolescente] (...). E11

(...) uma adolescente que foi abusada pelo padrasto dos 12 até os 16 anos e ela veio pedir ajuda aqui na unidade de saúde e o que marcou foi quando

ela falou pra mãe, a mãe não acreditou nela, ela não teve esse apoio da mãe né? E a mãe acabou ficando com o padrasto, e ela acabou saindo de casa, com 17 anos ela saiu de casa e teve apoio da família do namorado pra dar os devidos encaminhamentos (...) discutimos o caso, a escola ficou em alerta com essa família porque essa adolescente tem outros irmãos menores, tem um padrasto que continuava na casa, e que continua até hoje, então notificamos praticamente a família toda por conta dessa violência e continuam em acompanhamento... Não temos nenhum indício que os menores sejam abusados também, mas foram notificados e acompanhados (...) E19.

- **O trabalho e a atenção integral ao adolescente vítima de violências**, os discursos nesta subcategoria foram mencionados por 12 participantes, que perfazem 52% das entrevistadas.

(...) como eu estou aqui no Bairro Novo há bastante tempo (...) eu acompanho os casos há bastante tempo (...) ao mesmo tempo isso é um pouco frustrante porque você vê aquela criança que sofreu negligência há seis anos, ela continua na Rede! É muito difícil você conseguir uma melhora ou que aquela violência cesse (...) tem sim os casos de sucesso na Rede que a gente consegue que aquela família se estruture e, que aquela violência acabe, mas em muitos a gente não consegue, isso é uma coisa que faz com que os profissionais acabam desistindo também, porque vê que fica ali lutando, lutando, lutando e aquilo ali não se resolve... Temos crianças e adolescentes que atendemos na Rede e que hoje são mães e são pais, e que aquela ...esse filho tá vindo também como negligência...então isso muitas vezes acaba sendo muito difícil para os profissionais lidarem (...). E9

Bem estar na rede de proteção é uma coisa assim muitas vezes chocante, não se tem a possibilidade assim de ahhhh (...) não é a pessoa estar com fome você dar um pão e está resolvido! Então depende de muitos, porque é um global de órgãos e entidades que precisam estar juntos trabalhando juntos para conseguir resolver ou dar encaminhamentos aqueles casos (...). E13

Então, atuar na rede de proteção é um pouco tenso, porque lidamos com situações de violência que nos choca e que mexe com nosso psicológico e com o emocional, só que a vontade de querer ajudar, eu penso que é muito importante, é o que nos motiva a buscar ajuda pra as pessoas e no momento os adolescentes que estão em situação de violência (...). E7

Então, tem casos que me sinto muito impotente, eu penso e fico pensando o que eu vou fazer pra ajudar essa pessoa, em estado de vida de tal violência, o que vou e o que posso fazer para ajudar, se se eu marcar só com o psicólogo vai adiantar? E4

Então foi um pouco assim meio traumático sabe, no começo eu não queria, ficava até meio deprimida porque começa associar as pessoas da nossa família, fiquei assustada com tudo, eu não tenho filhos, mas tenho sobrinhos, então acaba ficando com medo do que vai acontecer com os meus sobrinhos, tudo é motivo de medo e de cuidado! Eu tripliquei meu cuidado com meus sobrinhos nessa faixa etária. Então assim a experiência no começo foi ruim (...). E12

No início quando eu entrei na Rede, fui convidada a participar da rede, a minha experiência foi toda aqui na Rede de Proteção, na Unidade de Saúde [menciona o nome da unidade] eu fiquei durante mais ou menos 1 ano e meio a dois, na realidade uns dois anos e meio, eu tinha ganhado neném e voltei e continuei na rede e foi bem chocante porque era algo que eu ainda não tinha participado em outras unidades e foi quando eu tive meu filho que eu não tinha mais estrutura psicológica para ficar na rede pelos casos que eu via, por ter criança pequena em casa e eu não conseguia me adaptar a ouvir tantos casos e ao mesmo tempo ter que estar com o filho da gente sabendo que podia estar acontecendo infelizmente dentro da nossa casa, como pode estar acontecendo em qualquer local, então aquilo não me deixou com estrutura para poder continuar trabalhando e foi quando eu pedi para me retirar (...). E3

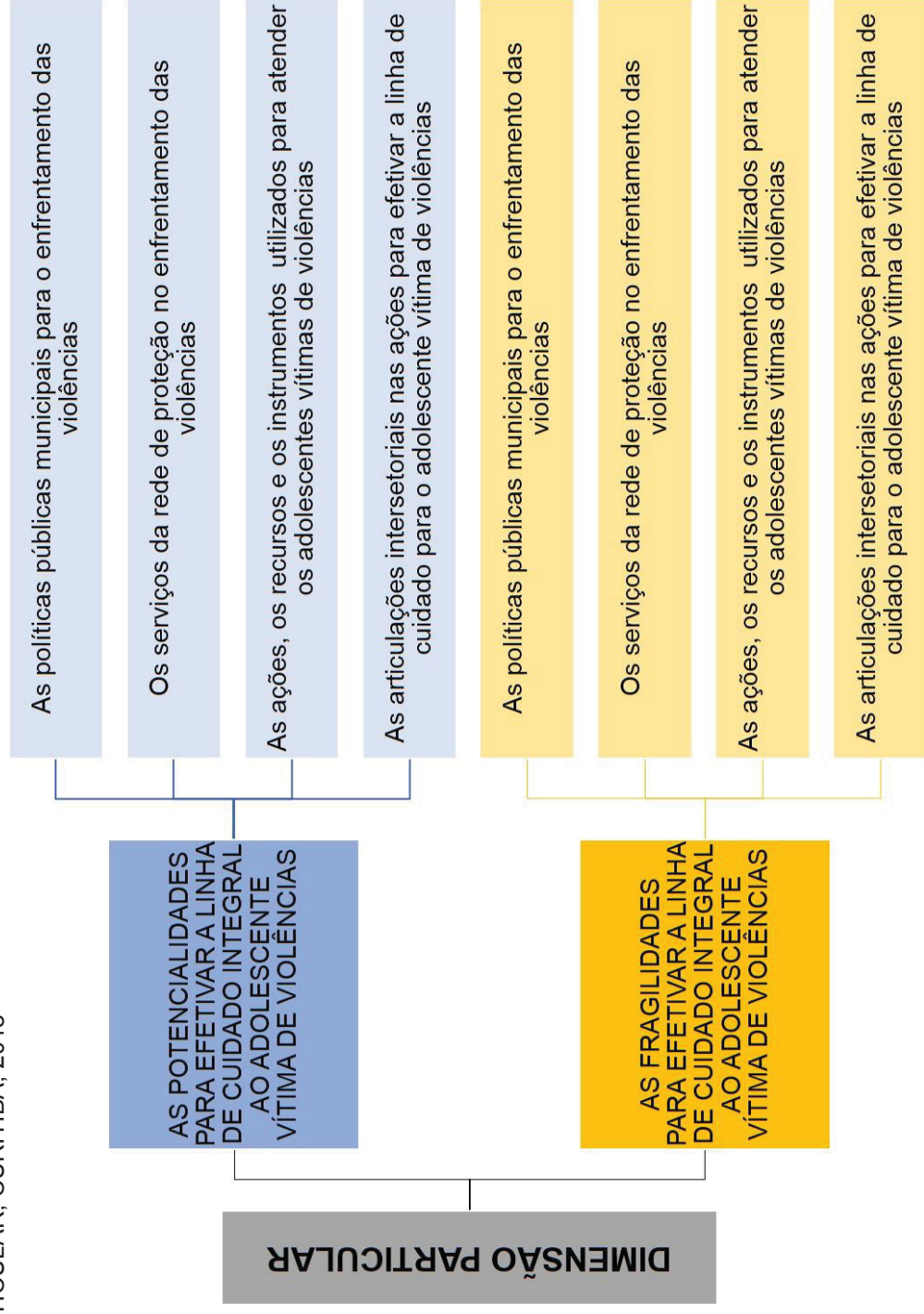
(...) mas tem momentos que o sentimento assim, que não depende da rede, sabe... Então fica uma coisa assim meio atada e o adolescente tá sofrendo e continua sendo vítima, mas não sei, em algum momento parece que falta assim (...) a proposta é muito boa, muito boa mesmo (...) mas infelizmente ela não funciona da maneira que ela é proposta (...). E19

Esse ano especificamente eu fui tirada das reuniões da rede, então só acompanho a visita domiciliar, até os anos anteriores, três anos anteriores eu era técnica que ia às reuniões da rede de proteção e fazia as visitas domiciliares, esse ano mudou a coordenação do CRAS, o coordenador me tirou das reuniões, então vai o educador social na reunião e eu acompanho o educador social na visita dos casos que cabe à FAS na Rede de Proteção (...). E20

(...) mas a grande verdade que a situação hoje a mãe está hospitalizada, o padrasto registrou a menina no nome dele, levou pra outro espaço que não é dentro da nossa regional, e nós, o equipamento aqui só ficou sabendo por que foi fazer uma visita domiciliar pra uma família que mora no mesmo terreno, que no mesmo endereço digamos assim e acabou vindo à tona porque foram necessárias algumas visitas para intervenção e começaram a aparecer dados soltos e começamos a buscar, buscar (...). E22

Na dimensão particular, duas categorias foram evidenciadas, nos discursos das participantes, conforme a FIGURA 12. Na primeira categoria, **as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, identificaram-se quatro subcategorias. Na segunda categoria, **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, também foram evidenciadas quatro subcategorias nos discursos dos participantes do estudo.

FIGURA 12 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO PARTICULAR, CURITIBA, 2018



FONTE: A autora (2018)

Na primeira categoria temática (nó) da dimensão particular, **as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, identificaram-se quatro subcategorias, como se segue.

- **As políticas públicas municipais para o enfrentamento das violências** foram evidenciadas por apenas duas participantes, totalizando 8,7% das entrevistadas.

Porque a rede de proteção está aí já com seu protocolo vigente desde 2000, então há 17anos, já passou por duas reescritas estamos com uma agora já reescrevendo. Quando ela foi criada lá em 2000 ela tinha uma especificidade, agora de acordo com a demanda que está chegando, com a necessidade já é outra, então nós estamos nesse momento de reescrita (...) e a rede de proteção ela demonstra claramente o papel das pessoas, porque é uma política que ela trabalha de forma intersetorial, então cada um tem um papel bem definido (...). E6

Aí o conselho tutelar ficou muito tempo, na época eles estavam numa pobreza extrema, não tinha dinheiro para vale transporte, esse vale transporte era cedido para pai pra estar levando e o pai sempre acompanhando, acho que isto é interessante, ele não desistiu daquele filho que apresentava tantos problemas na época! (...). E10

- **Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências.** Esta subcategoria foi destacada por duas participantes, perfazendo 8,7% do total das entrevistadas.

(...) acionamos o SAV, o SAV foi até a casa no mesmo dia algumas horas após pra fazer o atendimento, foi feito, foi conversado com o pai, era um adolescente que morava somente ele, na época, ele e o pai...conseguimos fazer o encaminhamento desse adolescente pra tratamento psicológico, na época a pessoa que atendia as crianças e adolescentes vítimas de abuso pela Rede de Proteção [na época a secretaria de saúde de Curitiba, tinha uma psicóloga especialista no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais] (...) o que teve de mais específico nesse caso, que foi bem forte, a Rede ela agiu muito junto, foi muito rápida, conseguimos que o SAV fosse no mesmo dia (...). E9

Então nós visitamos essa família advertiu-se a mãe conversamos várias vezes e daí convocou toda a rede de proteção à saúde, a educação e a assistência e a escola, está aqui as atas, nós fizemos várias tentativas de que a mãe mudasse de que ela entendesse primeiro, a rede tem essa responsabilidade, são profissionais muito capacitados eles tem uma formação, principalmente aqui do bairro novo eles são excelentes, têm uma maneira muito boa de atender sem vitimizar mais ainda a família as orientações são ótimas, então essas reuniões que eram feitas (...). E14

- **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências**, foram mencionadas por apenas uma participante, que enfatizou a importância da integração do sistema de informação para o enfrentamento das violências, que corresponde a 4,3% das entrevistadas.

O conselho tutelar lê o fato acontecido e se achar necessário ele cadastra no sistema de web para gerar... Que é o nosso sistema de registros de atendimento das violências do conselho tutelar e que é em nível de Brasil, todos os conselhos tutelares é para ter (...). O Paraná é uma referência, que praticamente 100% dos Municípios do Paraná usam o SIPIAWEB. Então eu posso consultar uma criança aqui e posso saber se ela foi atendida lá no Mato Grosso e vai constar o registro dela no SIPIAWEB então é um programa muito bacana para o atendimento da criança e o adolescente (...) é um programa a nível Nacional e ele está disponível ali, é novo começou em 2013, então ele tá crescendo. Mas para nós do Paraná, em Curitiba, especialmente, já é referência pra relatório das situações de violência contra criança e o adolescente, e nesses anos de atendimento com a rede de proteção (...). E14

- **As articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências**, subcategoria apresentada apenas por uma participante, que mencionou a parceria entre os núcleos municipais entre educação e saúde, correspondeu a 4,3% das entrevistadas.

(...) até os 10 anos eu digo que conseguimos cuidar melhor porque eles estão nas escolas municipais a parceria com o núcleo do município é maior na educação (...) E1

Na segunda categoria da dimensão particular, **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências**, foram evidenciadas quatro subcategorias, como se segue.

- **As políticas públicas municipais para o enfrentamento das violências**, mencionada por seis participantes, que corresponde a 26% das entrevistadas.

É a rede não ter um poder (...). E17

E a rede de proteção ela demonstra claramente o papel das pessoas, porque é uma política que ela trabalha de forma intersetorial, então cada um tem um papel bem definido, mas este adolescente que tá ali na região, na regional, não é só da educação porque está faltando na escola, se ele foi colocado na rede é porque tem coisas maiores aí por trás, tem um histórico às vezes de violência e outras privações de direito que outras políticas tem que tomar conta, então as principais que é a saúde, a educação e a assistência [refere a FAS] elas tem ali um papel, mas sentimos uma

fragilidade na instância superior maior, que vem do conselho tutelar, ministério público, defensoria pública, a gente percebe que falta isso (...)então na medida do possível nós tivemos algumas denúncias, as pessoas até foram orientadas a fazer denúncias até no disque 100, 156 por telefone, porque já na escola eles não iam (...)mesmo elas sendo protegidas por essas políticas, não é garantia para elas, porque na região onde elas moram, falta muita coisa, falta um asfalto na casa, na rua de casa, falta um curso pra esses meninos (...). E6

Dava pra perceber que não era só negligência familiar, porque também ele ficou sem vaga em escola por muito tempo, então tinha várias situações aí envolvidas e aí ele foi para essa escola especial, só que daí depois a situação foi complicando (...) mas existe uma fragilidade das políticas públicas, porque nesse caso ele ficou sem a vaga por muito tempo então por mais que a família desse conta e não dava (...) mas por mais que conseguisse atender de forma adequada esse adolescente, não teve a vaga, pra ele no momento que ele precisava demorou muito, pra sair essa vaga pra uma escola especial (...). E21

(...) e ela [a rede de proteção] é muito interessante se realmente tivesse todos os equipamentos com todos os profissionais que são necessários, funcionando da maneira que deveria e da maneira que é a proposta é muito interessante (...). Seria muito bom! Mas tem momentos que o sentimento assim, que não depende da rede, sabe (...). Então fica uma coisa assim meio atada e o adolescente tá sofrendo e continua sendo vítima, mas não sei, em algum momento parece que falta assim (...) a proposta é muito boa, muito boa mesmo (...) mas infelizmente ela não funciona da maneira que ela é proposta (...). E19

(...) o pai intimida os servidores, os órgãos competentes, porque o pai sabe como fazer pra conseguir o que ele quer então da forma como ele agrediu a esposa, então ele ameaça todos os órgãos, ele chegou já dizer que “iria, que nós iríamos encontrar a esposa com a boca cheia de formiga numa valeta”. Então ele deixa bem claro isso (...) o pessoal tem medo dele. Então eu acho que a maior fragilidade dele foi o medo, medo de estar indo contra o que ele está colocando, então isso eu acho que foi a maior dificuldade de todos os equipamentos realmente do enfrentamento dele porque realmente ele intimida mesmo os servidores (...) então foi levado isso a diante só que até o momento não tivemos retorno da vara, do que foi decidido ou não, se está sendo revisto ou não, mas as crianças e a adolescente ainda estão com o pai (...). E20

(...) a grande verdade que a situação hoje a mãe está hospitalizada, o padrasto registrou a menina no nome dele, levou pra outro espaço que não é dentro da nossa regional (...) alguém que estava atuando, cuidando, e que por algum motivo saiu e a coisa se perdeu... E sabemos que essas mudanças de locais, essas mudanças de chefias, ela acabam prejudicando de certa forma (...) foi acionado a escola também, a escola nem é daqui da região então tivemos certa dificuldade para acessar, buscamos também informações até de documentação civil, porque, de que forma foi feito esse registro (...) e assim ainda não temos acesso a todas essas documentações, mas foram solicitadas (...). E22

- **Os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências.** Esta subcategoria foi mencionada apenas por uma participante, que correspondeu a 4,3% das entrevistadas.

(...) a gestão muda, as pessoas passam e isso acaba se perdendo. Mas isso é muito comum não só na FAS, é na saúde, na educação (...) a notificação como te falei é de 2011 por algum motivo acabou se perdendo... por mudança de pessoa, talvez porque na ocasião tenha sido levado ao conhecimento de outros órgãos isso acabou não sendo retomado (...). E22

- **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências** foram evidenciados por três participantes, que correspondeu a 13% das entrevistadas.

Porque saúde você faz atendimentos eventuais, mas as crianças e adolescentes estão diariamente é na escola, essa faixa etária começa a ter muita questão de falta nas escolas... E a educação como não faz visita, notificam na rede e pedem esse apoio da saúde, mas é uma idade que fica mais complicado o acompanhamento (...). E1

Então nós vivemos de campanhas esporádicas, vamos fazer agora o mutirão para fazer identidade, o mutirão pra fazer limpeza, prevenir o mosquito da dengue, mutirão porque tá chegando próximo o dia do 12 de junho por exemplo que é a prevenção do trabalho infantil, então nós estamos nessas ações estanques assim, eu posso falar mais educação que é a minha área (...). E6

(...) a notificação como te falei é de 2011 por algum motivo acabou se perdendo (...) por mudança de pessoa, talvez porque na ocasião tenha sido levado ao conhecimento de outros órgãos isso acabou não sendo retomado (...) alguém que estava atuando, cuidando, e que por algum motivo saiu e a coisa se perdeu (...) acredito que seja por conta dessas mudanças que muitas vezes acaba aí perdendo de alguma forma (...). E22

- **As articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências.** Três participantes evidenciaram em seus discursos esta subcategoria, o que correspondeu a 13% das entrevistadas.

A parceria e a relação são melhores com o nosso núcleo municipal de educação, apesar de ter uma parceria até boa com as escolas estaduais a maioria participa das reuniões, mas é a parte assim do núcleo do estado que sentimos um pouquinho mais afastado, mais distante! Essa faixa etária tem mais problemas por causa da transição deles, vemos que misturar crianças de 10 anos no ambiente escolar com 14 anos, vê que a escola estadual tem problemas com essa história de uso de drogas é bem complicado, então atendemos normalmente essas questões de saúde (...). E1

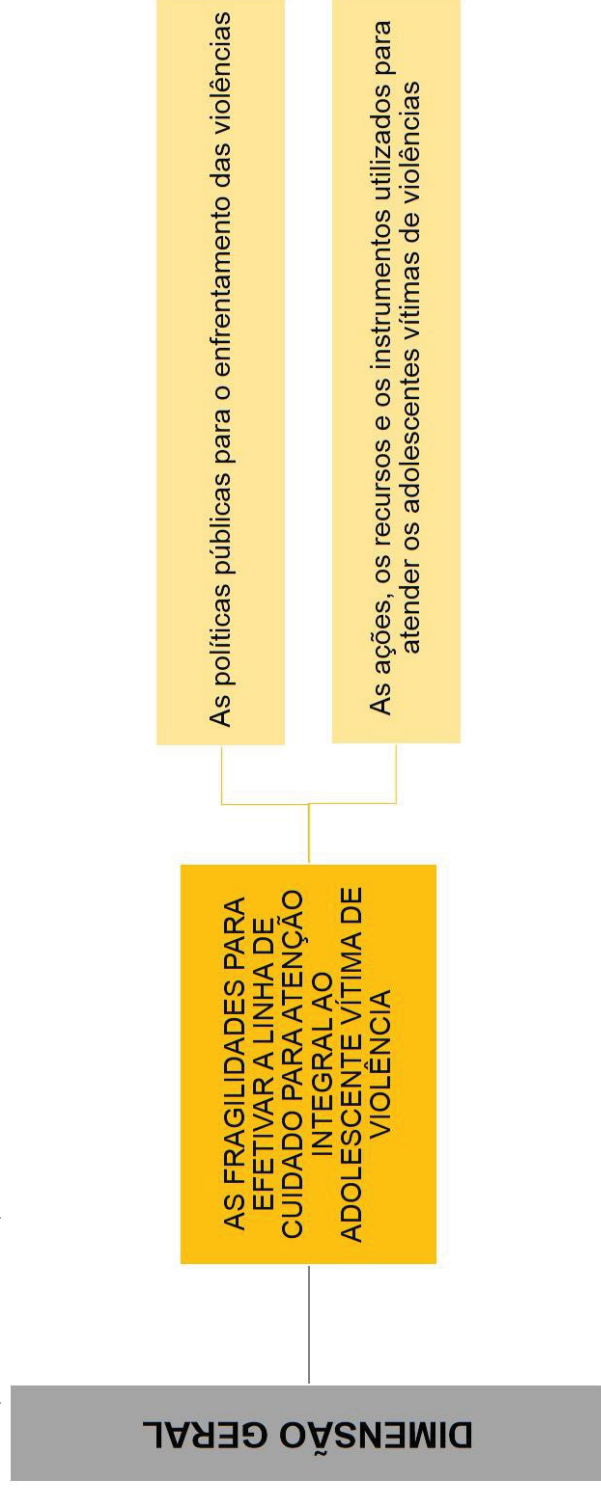
(...) acionamos o conselho tutelar pra que eles tentem de certa forma coagir, obrigar e enfim tentar convencer esses pais a levar, mas eles também têm um limite de ação até onde eles podem chegar, casos máximos eles acionam o Ministério Público, mas também não é garantia que essa família vá e tudo isso é tempo então, se tenta, tenta, tenta, e até acionar o conselho tutelar, eles também tentam, e nisso passa anos até que chegue para um

juiz determinar que seja feito o atendimento, demora muito tempo, e esse adolescente fica naquela situação de violência (...). E9

(...) pai agredia a mãe e essa filha que estava com um namoradinho, o pai agredia, resumindo um pouco a situação, a mãe (...) muitos anos sendo agredida pelo pai ela já chegou num estado assim que ela não reagia mais, ela ficou parada, então ela tem três filhos, o pai conseguiu fazer o internamento dela, da esposa, as três crianças ele conseguiu pegar a guarda, então segundo relato, então não sei nem se cabe eu estar passando isso, mas segundos relatos tanto da própria mãe e de vizinhos, o pai ele tinha “amizade” com um conselheiro tutelar, e dessa forma o pai conseguiu reverter essa situação, mesmo porque o pai tem uma visão muito de agressividade, todo mundo tem muito medo do pai, é porque assim todo mundo sabe que na região, dizem que ele é envolvido com questões ilícitas e talvez o conselheiro pra não ficar batendo de frente com ele, acabaram fazendo esse processo, as três crianças ele pegou a guarda das três crianças e a mãe foi internada (...) não podemos pedir para que tirem a guarda, mas que pudessem rever a situação da guarda dessas crianças (...). E20

Na dimensão geral, foi evidenciada apenas uma categoria, conforme FIGURA 13 a seguir, **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violência**. Nesta categoria os discursos categorizados foram de apenas duas participantes, que corresponderam a 8,7% das entrevistadas, e identificaram-se apenas duas subcategorias, como segue.

FIGURA 13 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, NA DIMENSÃO GERAL, CURITIBA-PR, 2018



FONTE: A autora (2018)

- **As políticas públicas para o enfrentamento das violências**, evidenciada por uma participante apenas, o que correspondeu a 4,3 % das entrevistadas.

Nós estamos assim numa luta pra que ela se transforme realmente numa política pública, pra que ela tenha assim um reconhecimento, mas um reconhecimento que eu digo é do valor dela, porque é a garantia de direitos das crianças e adolescentes (...). O Brasil eu acredito que é um dos países que mais tem legislação a favor da criança e do adolescente e mesmo assim, nós temos números absurdos, vemos nos jornais, acompanhamos os direitos que são violados, de famílias desestruturadas (...) sabemos o porquê falta isso, porque não tem a valorização disso, porque faltou aquilo (...) mesmo elas sendo protegidas por essas políticas, não é garantia para elas, porque na região onde elas moram, falta muita coisa, falta um asfalto na casa, na rua de casa, falta um curso pra esses meninos (...). E6

- **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências** foram mencionados por apenas uma participante, o que corresponde a 4,3 % das entrevistadas.

Então eu posso consultar uma criança aqui e posso saber se ela foi atendida lá no Mato Grosso e vai constar o registro dela no SIPIAWEB então é um programa muito bacana para o atendimento da criança e o adolescente. Pena que ele não funciona bem ainda em vários municípios ainda tem bem pouco atendimento sabe Santa Catarina mesmo tem pouco e própria São Paulo e Rio de Janeiro assim eles têm poucos registros nos sistemas(...). E14

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo se discute os dados apresentados anteriormente no capítulo de resultados, ao considerar o referencial teórico metodológico que o ancora, que é a epidemiologia crítica. Segundo Breilh (2006), esta proposta teórica e metodológica tem como desafio principal discutir a realidade objetiva nas suas três dimensões, singular, particular e geral, no sentido de reconhecer os processos que as definem, ou seja, superar o pensamento linear e contemplativo que indicam os fatores relacionados aos fenômenos para compreender os processos de desgastes e de proteção que definem histórica e socialmente aquilo que se observa. E, nesse pensamento crítico, conforme propõe o autor, incorporar o princípio do movimento, relacionando os processos de desenvolvimento de uma determinada sociedade, assim como os modos de vida dos grupos que a conformam. E, ainda, entendendo que na realidade objetiva se encontram as contradições existentes em cada uma das dimensões que conformam o fenômeno que se vê.

De acordo com Apostólico et al (2012), a violência pode ser analisada nas três dimensões que configuram os fenômenos sociais. Na dimensão geral, estão as políticas (nacionais e internacionais) de atenção à saúde da população que tomam a violência como tema. Na dimensão particular, os programas locais e protocolos buscam instrumentalizar profissionais e esclarecer a população sobre a relevância e urgência na atuação frente à temática. Na dimensão singular, onde se verifica os processos individuais ou os grupos homogêneos, nos quais a violência vai alterando a estrutura familiar, modificando relações que ali ocorrem, e, assim, vai transformando o desenvolvimento de adolescentes frente a uma realidade de desigualdades sociais, falta de acesso a direitos e pouco ou nenhum exercício de cidadania.

A seguir serão discutidas as categorias e subcategorias que estão relacionadas à dimensão singular, seguidas das categorias relacionadas à dimensão particular e da dimensão geral do fenômeno aqui estudado.

6.1 CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO SINGULAR

A densidade dos discursos na dimensão singular foi relevante para a reflexão sobre a realidade objetiva, segundo as participantes do estudo. Neste estudo se

procurou identificar as potencialidades e as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências, assim, iniciaremos as discussões pela categoria das **potencialidades**.

Esta categoria emergiu do discurso das entrevistadas que destacaram os pontos fortes dos **serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências**, destacando os quatro setores mais acionados, saúde, educação, assistência social e o Conselho Tutelar. **As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender os adolescentes e as articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências** foram reforçados nas entrevistas, enfatizando a importância das parcerias entre os setores e a comunicação clara, objetiva e resolutive para dar conta de enfrentar os casos que são notificados.

Para Apostólico et al (2012), a intervenção no fenômeno das violências requer atuação multidisciplinar e interdisciplinar, agregando áreas da saúde, social, jurídica, psicológica, antropológica, religiosa, entre outras, e deve-se incluir, na formação profissional, a temática das violências, assim como de sua prevenção e da promoção da cidadania.

Sobre a subcategoria **o percurso do adolescente vítima de violências na rede de proteção**, as participantes do estudo relataram como se deu o percurso do adolescente nos serviços da rede de proteção, dessa forma, os discursos tiveram relação com outra subcategoria sobre **o trabalho e a atenção aos adolescentes vítimas de violências**. Os participantes enfatizaram a importância prestar o primeiro atendimento à vítima de violência, notificar, discutir os casos em rede e monitorar o andamento das atividades desenvolvidas com a vítima e sua família.

Nesta perspectiva, Egry, Apostólico e Moraes (2018) afirmam que o trabalho em rede se configura com a exigência de ocorrer de forma articulada entre os setores ou organizações envolvidas, com a finalidade de negociar e partilhar recursos, de acordo com as necessidades coletivas, cujas decisões devem ser adotadas horizontalmente, pautadas nos princípios da igualdade, democracia, cooperação e solidariedade. E, ainda, permitindo troca de informações e articulações institucionais, com a formulação de políticas públicas para implementação de projetos que fortaleçam a integralidade da atenção, a proteção, a defesa e a garantia de direitos dos adolescentes e suas famílias em situação de violências.

A categoria **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências** obteve a maior densidade dos discursos das participantes, os relatos foram sobre as diversas dificuldades encontradas pelos membros da rede de proteção, para dar continuidade ao trabalho de enfrentamento ao fenômeno identificado na rede.

Sobre a primeira subcategoria, **as ações norteadas pelas políticas públicas para o enfrentamento das violências**, explicitaram-se pelas participantes do estudo que há grande morosidade dos serviços que concretizam as ações referendadas pelas políticas públicas no sentido de dar condições materiais de vida para os indivíduos viverem protegidos das violências, ou mesmo, fornecer outros subsídios que possibilitem com que as pessoas envolvidas se organizem para o enfrentamento desse fenômeno. Sabe-se que a complexidade que envolve a apreensão desse fenômeno exige ações rápidas e resolutivas, sendo necessária uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, para a formulação de políticas públicas destinadas ao enfrentamento das violências, o desenho de uma política integrada é um árduo caminho que deve envolver, nesse movimento, a participação ativa do Estado, da sociedade civil e, sobretudo, do segmento social a quem ela se destina – adolescentes, na busca pela defesa e garantia dos direitos no país (VIEIRA, 2016).

Na caracterização do território estudado foram apresentados dados epidemiológicos que convergem com os discursos das participantes da pesquisa, quando ressaltam a falta de políticas públicas que interferem no cotidiano das pessoas para a vida em sociedade. Tais dados retratam que ainda há um número considerável de famílias que vivem em situação de extrema pobreza, com saneamento básico precário, sem acesso à energia elétrica fornecida por empresa formal, falta de asfalto nas ruas, falta de transporte público acessível mais próximo dos domicílios, entre outras desigualdades que favorecem a falta de condições materiais para a vida e, conseqüentemente, abrindo espaço para o surgimento das violências.

Nessa discussão sobre o território, foi apresentado ainda que as violências na regional pesquisada têm prevalência nos locais de ocupações irregulares, com presença de tráfico de drogas, uso de drogas e rixas entre gangues, sendo visualizadas através do aumento da incidência de mortes violentas de natureza penal por homicídios dolosos, latrocínios e lesão corporal.

Para Apostólico et al (2012) as políticas públicas que buscam o enfrentamento das violências conflitam com outras políticas geradas pelo mesmo aparato jurídico e administrativo que acentuam as desigualdades sociais, e, assim, perpetuam a falta de direitos sociais, desconsiderando que o enfrentamento de problemas sociais complexos requer a interdisciplinaridade e intersetorialidade para ser efetivo e eficaz.

Foram evidenciados nos discursos das entrevistadas, os pontos frágeis dos **serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências**, principalmente no que diz respeito à continuidade do acompanhamento do adolescente vítima de violências e sua família. Para a resolutividade dos serviços, o trabalho que muitas vezes é repetido nos mesmos, no caso, ações que se repetem em diferentes setores, mas que não são efetivas no enfrentamento do problema. Além disso, grande parte dos discursos referiram a corresponsabilização do adolescente e seus responsáveis para o enfrentamento das violências no território onde vivem. Como o adolescente não é visto como responsável pela sociedade por estar amparado legalmente pelo arcabouço jurídico que o protege, a visão do técnico – membro da rede de proteção é que a família não se responsabiliza pelo adolescente, e que esta família não 'cumpre' com as medidas orientadas pelos membros da rede de proteção e não dá continuidade às ações ofertadas para os indivíduos inseridos no ciclo da violência. Dessa forma, esse discurso é convergente com a epidemiologia dos dados do município e do distrito, e com a proposta da política pública vigente para efetivar a linha de cuidado para esse grupo, como destaca-se a seguir:

Os profissionais de saúde, no momento do atendimento às demandas da família nos serviços de saúde, podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e para que partilhem as responsabilidades como cuidadores e provedores. Pais e/ou mães biológicos ou adotivos, afetuosos e conscientes dos seus papéis, são essenciais para o desenvolvimento integral das crianças e adolescente (BRASIL, 2012a, p. 25).

Corroborando com os discursos sobre serviços, Javornik (2014) expõe, no seu estudo sobre o papel das Secretarias de Educação e da Assistência Social, que a concentração de serviços em determinados bairros do Município de Curitiba, a dificuldade de acesso, a insuficiência ou inexistência de equipamentos ou recursos materiais ou humanos corroboram para a manifestação das violências.

Com relação à responsabilização dos indivíduos, é necessário reforçar que a Saúde Coletiva, referencial desse estudo, está embasada no materialismo histórico dialético, sendo assim, é uma grande contradição, quando se descreve a epidemiologia das violências contra criança e adolescentes moradores do território estudado. Ali se percebe o grande número de notificações por negligências, convergente com o discurso das participantes desta pesquisa, as quais afirmam que os pais ou responsáveis têm responsabilidade em retirar o adolescente do ciclo das violências.

Sendo assim, é de conhecimento que os recursos necessários para os pais e responsáveis para o enfrentamento das situações de violência às quais submetem seus adolescentes não estão alocados no grupo em que esses indivíduos se encontram. Ao contrário, tais recursos estão além dos seus domicílios, quando deveriam estar no território de forma mais ampla, onde se tem instituições públicas que representam o Estado, e que objetivam fazer circular o bem comum entre as pessoas. Nessa perspectiva, destacam-se os dados do território que demonstram que o distrito sanitário estudado teve um aumento populacional importante em curto tempo, prevalecendo uma população jovem, considerada economicamente ativa, porém as famílias que ali vivem têm o menor rendimento mensal da cidade, quando comparado com outros distritos sanitários do Município de Curitiba. Dessa forma, é importante sinalizar que no território estudado não há equipamentos suficientes e acessíveis de esporte, lazer e cultura para os adolescentes que ali residem.

Gessner, Fonseca e Oliveira (2014) discutem, nessa perspectiva, que o cotidiano violento das grandes cidades brasileiras, caracterizadas pela intensa desigualdade social e econômica, impulsionadas pelo modo de produção capitalista, para o adolescente e sua família inseridos neste contexto de extrema desigualdade, de crescente desemprego, exclusão social, cultural, moral, e pela consequente falta de opções para as escolhas desses sujeitos, as violências passam a representar uma alternativa real em suas vidas. Diante disto, a visão unilateral de alguns membros da rede de proteção, ao notificar a violência por negligência tendo a percepção de que esta situação está relacionada somente aos pais ou responsáveis dos adolescentes, desconsidera a determinação da precariedade da condição social em que o adolescente e sua família vivem, bem como, aliada às essas condições de vida subalternas, os processos de exclusão que impedem os responsáveis de oferecerem condições de vida digna para todos que compõem aquela família.

Breilh (2002) traz reflexões no seu estudo sobre o papel da família na crise da reprodução social, em reflexo à crise familiar, e destaca-se que há uma grande preocupação com a constatação do fracasso da estrutura familiar atual para responder às novas e graves condições de crise que enfrentam. Dessa forma, o autor ressalta que não há regras permanentes ou imutáveis para a vida familiar, há níveis normais a serem ajustados a cada família, porque a família é um processo de transformação permanente, oposição e constante construção, em que sentido humano e saudável da vida familiar é redefinido a cada passo, e de acordo com as circunstâncias históricas em que se desenvolve. Os sentidos de proteção ou destrutivas não são dadas a priori, mas são o produto do confronto entre as restrições ou aspectos deteriorantes da vida em sociedade. Dessa maneira, a crise situacional fere os processos da vida familiar cotidiana, abrindo portas para o fenômeno das violências, que podem ser resumidas por indução de submissões e papéis, distribuição injusta de trabalho e responsabilidades domésticas que podem alimentar o sofrimento, estresse familiar e a presença de outras rupturas e mudanças de ritmo devido à agressão, estupro, abortos, acidentes, desastres, divórcio, abandono, relações extraconjugais, alteração ou perda de trabalho, fracasso econômico, desestruturando por completo as relações familiares.

Na terceira subcategoria, os discursos sobre **as ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender os adolescentes** provocaram reflexões sobre as fragilidades no *processo de trabalho*¹⁴ da rede de proteção, ao relatarem que não têm condições para implantar o cuidado contínuo para o adolescente que é vítima de violências. Os discursos perpassaram ainda pelas dificuldades dos adolescentes de retornarem ao convívio com o agressor, medo dos profissionais em denunciar e notificar os casos que lhe são relatados, anseio em aceitar o convite para compor a equipe de profissionais na rede de proteção, dificuldade de estabelecer vínculos para a visita domiciliária, falta de capacitação para os membros no ingresso das atividades na rede de proteção, morosidade de órgãos competentes para o enfrentamento das violências, substituições repentinas dos membros da rede

¹⁴O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é a atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana, e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2004, p.35).

de proteção, falta de informações sobre o papel da rede para a população e falta de integração dos sistemas de informação para a notificação de violências, provocando retrabalhos e perda do monitoramento dos adolescentes envolvidos neste ciclo de violências.

Merhy (2006), em análise do processo de trabalho, traz a discussão da micropolítica do trabalho, na qual destaca a importância do trabalho vivo em ato, e do trabalho morto, que são os produtos ou meios – ferramenta ou matéria-prima, já produzidos por um trabalho humano. Sendo assim, Graziano e Egry (2012) reforçam que, no processo de trabalho em saúde, é necessário pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois diferentes formas de organização da vida resultam em diferentes necessidades, diferentes maneiras de satisfazê-las e, conseqüentemente, diferentes articulações nos processos de trabalho.

O discurso das participantes fala sobre a dificuldade que alguns profissionais têm para aceitar fazer parte da rede de proteção, pois não há uma capacitação para o ingresso neste trabalho. Dessa forma, o técnico da rede encontra dificuldade em integrar a função que ele tem nessa modalidade de trabalho, na qual tem como foco o enfrentamento das violências. Esses discursos são produzidos historicamente e não estão isolados, pois partem das suas vivências pessoais, sua visão de mundo, e conseqüentemente refletem na postura profissional, quando necessitam enfrentar situações complexas que envolvam as violências.

Nessa lógica, Perna e Chaves (2008) expõe afirmações de estudos feitos sobre o materialismo histórico dialético que se aproxima das reflexões dos discursos feitos pelas participantes da pesquisa, a compreensão de um determinado fenômeno, aqui a linha de cuidado para adolescentes de 10 a 14 anos de um distrito sanitário que são vítimas de violências, só será possível pela consciência crítica-reflexiva que o profissional tem sobre o mesmo. E que esse processo de desenvolvimento da consciência crítica se dá pelo exercício de se perceber a determinação do processo saúde-doença de indivíduos ou grupos sociais, segundo a classe social, aspecto econômico, jurídico e ideológico de uma determinada sociedade, em um tempo histórico no qual se busca identificar as contradições ali existentes. É nesse processo de reflexão crítica que o profissional exercita uma análise que lhe permite identificar e compreender o fenômeno saúde-doença para além do cotidiano vivido pelos sujeitos afetados. Ao identificar um contexto mais

amplo e neste as relações existentes com aquele cotidiano, o profissional começa a compreender a determinação geral e particular da saúde-doença. Essa será à base da sua intervenção, que vai além de seu desempenho técnico-científico, e se compromete ética e politicamente com realidade em que opera.

Baseado no exposto, se percebe que as violências, por se constituírem como um fenômeno de experiência dolorosa para os seres humanos, uma vez que remete o sujeito a se solidarizar com as vítimas desses processos, atingem o trabalhador da rede de proteção na sua subjetividade, e, assim, é comum não se ter a disponibilidade de profissionais para realizar esse enfrentamento individualmente. Isso nos permite entender a concentração dos discursos nas duas dimensões da realidade, singular e particular, onde os participantes retrataram mais densamente as fragilidades encontradas nos seus processos de trabalho, no dia a dia do enfrentamento das situações de violência que envolvem os adolescentes e suas famílias.

Para Breilh (2006), o campo da saúde coletiva reflete a urgência de novas formas de pensar sobre o mundo, a saúde e a vida. Neste sentido, a necessidade de os profissionais da rede de proteção terem conhecimento da realidade da vida cotidiana dos adolescentes envolvidos no ciclo da violência, bem como suas famílias, favorece para aprofundar discussões intersetoriais, identificando processos de desgastes e de proteção para a construção de alternativas de enfrentamento do fenômeno estudado.

Se pode ainda identificar conteúdo relacionados à morosidade das ações para o enfrentamento das violências, conteúdo também com uma significativa densidade nos discursos, nos permitindo refletir sobre as condições materiais para a resolução dos casos na rede de proteção. Pois novamente os entrevistados descreveram a falta de cuidados contínuos para o adolescente que está no ciclo de violência, isso devido à falta de agilidade nas ações institucionais, o que leva a uma falta de clareza sobre a responsabilidade da negligência identificada, se é realmente do agressor ou se é do Estado. Este último, por ausência de ações efetivas, não permite findar o ciclo violento que é perpetrado aos adolescentes, ou mesmo, não permite estabilizar os processos de desgastes que são impostos à estes indivíduos pertencentes a um dos grupos mais vulneráveis da sociedade. Como exemplo, se pode citar a ausência ou insuficiência de vagas em escolas em determinadas comunidades.

A quarta subcategoria, **as articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violências**, traz para esta discussão a importância da intersectorialidade. Na normatização das políticas públicas, protocolos e linhas de cuidado, não estão descritos os setores que deveriam atuar para a efetivação das ações de prevenção e monitoramento das violências identificadas em determinados territórios. Segundo os pressupostos jurídicos e políticos, que tratam dos direitos desses sujeitos, deveriam estar elencados outros setores além da Saúde, Educação, Assistência Social e Conselho Tutelar para atuarem no combate e prevenção dessas questões. Sabe-se que, quanto mais o Estado se aproxima do território com a presença de ações de outros setores, maior a possibilidade de efetivar as ações de enfrentamento das violências.

Para Hora e Paiva (2017) os documentos normativos reforçam a necessidade de articulação intersectorial, mas não preveem a formulação de ações conjuntas, deixando a cargo dos profissionais da ponta que organizem essas formas de articulação, o que as torna pontuais e, muitas vezes, descontinuadas. Tal forma de articulação vai ocorrer por meio de encaminhamentos de casos, ou limitada às notificações desses aos órgãos de vigilância. Incluir planejamento e execução de ações conjuntas, dividir orçamentos e atribuições entre os órgãos e conselhos é tarefa da gestão municipal, com apoio das gestões do estado e federal, de modo a garantir, de fato, a integralidade e a prioridade no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências.

Os autores acima citados refletem que a intersectorialidade é compreendida como uma articulação de saberes e experiências, que ultrapassa o momento da execução. Mas, ao contrário, sua efetivação requer a adoção de um mecanismo de articulação desde o planejamento, nos processos de formulação conjunta, no monitoramento e na avaliação das ações, como processos constituintes da proteção social de crianças e adolescentes.

Egry, Apostólico e Moraes (2018) corroboram ainda com esta reflexão, quando definem o conceito de rede como um conjunto de serviços interligados por objetivos comuns, oferecendo, através da cooperação, uma atenção integral e contínua.

O CONANDA (BRASIL, 2010) explicita a importância de outros setores se envolverem, além dos três mais citados para o enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes. O órgão aponta que o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes (SGDCA) tem como medida estabelecer uma articulação

com todos os sistemas nacionais de operacionalização de políticas públicas, assim engloba as áreas das políticas sociais de saúde, educação e assistência social. Além disso, referenda que estão incluídas nessa questão outras políticas como a de trabalho, segurança pública, planejamento, orçamentária, relações exteriores e promoção da igualdade e valorização da diversidade para enfrentar o fenômeno das violências.

Na quinta subcategoria, **o percurso do adolescente vítima de violências nos serviços da rede de proteção**, foram evidenciados nos discursos das entrevistadas sistemas e órgãos que atuaram nas condições de violência já instaladas. O SINASE foi um deles, adolescentes são encaminhados para este sistema após terem cometido infrações e, caso sejam reincidentes ou cometam infrações de maior gravidade, são encaminhados para a delegacia do adolescente. As consequências das violências na vida dos adolescentes são abordadas por Apostólico e cols. (2012), considerando que crianças e adolescentes são o início e a continuidade da vida, assim, pode-se dizer que a violência nessa fase se constitui como um fenômeno cujas consequências caminharão em via de mão dupla, pois este poderá determinar e ser determinado por outras formas de violências, gerando processos destrutivos para a vida humana que vão desde comprometimento físicos, psicológicos e sociais, também promovendo processos destrutivos para a sociedade como um todo.

Na sexta subcategoria, **o trabalho na rede e a atenção integral ao adolescente vítima de violências**, foi identificado nos discursos de todas as participantes do estudo, a fragilidade do processo inicial do trabalho dos membros da rede de proteção. Nos discursos se enfatizou que o processo de aprendizagem para este tipo de trabalho ocorreu ao longo do tempo, ou seja, o profissional aprendeu a lidar com as situações que eram colocadas na rede durante a sua atuação. Sobre a caracterização das participantes da pesquisa, mais da metade das entrevistadas (12) declararam atuar na rede de proteção entre 5 anos e 15 anos, e duas participantes declararam ter mais de 15 anos de experiência como membro efetivo na rede de proteção. Assim, tiveram propriedade ao declarar que houve um despreparo inicial para desenvolver ações para o enfrentamento das situações de violência vivenciadas pelos adolescentes que são atendidos pela equipe da rede de proteção. Dessa forma, é importante ressaltar que a política pública para o enfrentamento das violências deveria prever e referendar a capacitação profissional,

não apenas para os trabalhadores que atuam na rede de proteção, mas também para prever ações para sensibilizar e capacitar trabalhadores dos três principais setores ligados ao atendimento dos adolescentes vítimas de violências - os setores da Saúde, Educação e Assistência Social. São setores que deveriam ser considerados estratégicos para desenvolverem nos trabalhadores a sensibilidade para o problema, assim, esses se sentiriam mais capacitados para atuar em conjunto com a rede de proteção. Pois, na realidade do território onde ocorre o fenômeno, as violências que são perpetradas nas famílias acabam se reproduzindo entre os adolescentes nos ambientes institucionais e nas relações desses com os profissionais que ali estão.

Quanto às profissões declaradas pelas participantes, a maioria atuava no setor da saúde, visto que maior número dos equipamentos que compõe o distrito sanitário foram as unidades de saúde. Chama a atenção que, neste setor, 43% dos profissionais que compõe a rede de proteção do território estudado são da enfermagem, o enfermeiro correspondendo à 17% das profissões referidas, 26% são profissionais da odontologia e outros 31%, de outras profissões caracterizadas no capítulo das participantes do estudo.

Nesta perspectiva, Minayo (2005a), desde meados dos anos 1990, já vem trazendo, em suas produções intelectuais sobre violências, os impactos que esse fenômeno causa na saúde das pessoas. A autora ainda reflete sobre o papel que as instituições têm no enfrentamento ao fenômeno, pois considera que este vai além de atender às vítimas da violência e que essas também devem elaborar estratégias de promoção da saúde e prevenção das violências. Destaca o quanto o setor saúde, por muitos anos, permaneceu apenas como um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais, o que considera continuar ocorrendo por não se criarem espaços de discussão e reflexão sobre a temática na ótica da educação permanente em saúde. Ao contrário disso, os serviços de saúde apenas estão reproduzindo técnicas biomédicas reparadoras.

A continuidade da educação permanente para os membros da rede de proteção é referendada por estudiosos da temática violência e saúde, que apontam a educação permanente como fundamental para a capacitação dos profissionais. A proposta dos autores é para que os profissionais tenham subsídios técnicos e teóricos para a identificação, abordagem, prevenção e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, falam ainda da necessidade da sensibilização dos

profissionais envolvidos com crianças e adolescentes no sentido de desenvolver o “olhar” para essa problemática envolta em proibições e segredos, os quais ainda estão silenciados (EICHHERR; CRUZ, 2017, grifo do autor).

As formas de identificar e atuar nestas situações de violência são reforçadas também na própria implementação da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*. A proposta do Ministério da Saúde exige a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social, e o desenvolvimento de ações de educação permanente, as quais devem favorecer o desenvolvimento de habilidades e competências para a atenção integral à saúde preconizada pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 2012b).

Sobre os casos relatados pelas participantes, todos eles têm uma relação intergeracional significativa, pois apareceram em todas as entrevistas relatos dos casos de violências domésticas intrafamiliar contra o adolescente que foi inserido na rede de proteção do distrito estudado, e que todos os agressores identificados nesses casos foram os responsáveis pelo menor. A ocorrência desses casos foi no domicílio das vítimas, convergente com os dados epidemiológicos do distrito sanitário pesquisado, que também identificou este como o local das ocorrências. Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) explicitam que, no contexto familiar, a violência constitui-se em um fenômeno complexo que envolve questões que tem sua origem fora daquele espaço, mas que estão presentes nos processos que ali são vivenciados. Tal como a desigualdade social, que se relaciona com a qualidade de vida das famílias pelas dificuldades que se impõem para atender ao mínimo para a vida, o quê compromete diretamente as relações intrafamiliares, muitas vezes evidenciadas pela imposição do poder de uma das partes sobre os demais que ali vivem. Dessa forma, se a violência implica sempre no uso da força para causar um dano, sendo sinônimo de abuso de poder ou hierarquização de relações, ou seja, aquele que é o mais forte e poderoso domina o outro e impõe as regras e as vontades. Muitos exemplos dessas situações estão nas relações intergeracionais, no caso entre pais e filhos, e nas relações de gênero entre marido e esposa.

Apostólico et al (2012) afirmam que a reprodução da violência contra crianças e adolescentes, no futuro, aumenta o risco de desenvolvimento de comportamento violento na juventude e na vida adulta, perpetuando assim, o mesmo fenômeno para gerações futuras. Os autores mencionam que na infância e na adolescência, a

violência tem determinação complexa. O que pode favorecer culturalmente as situações, é o fato de o adolescente ser visto como propriedade dos pais e as diferentes formas de violência ser um recurso pedagógico, especificamente utilizado pelos pais e/ou responsáveis para dominar determinadas situações. Muitas vezes, os filhos desses pais apresentam comportamentos que refletem ausência ou insuficiência dos cuidados que tiveram quando eram crianças ou adolescentes.

Os quatro tipos de violências mais notificadas no território estudado, verificados por dados epidemiológicos, estão ligados também às diferenças de sexo. Ao longo do período estudado foi possível verificar que os meninos tiveram maior frequência de negligências do que as meninas. Sobre a violência psicológica os dois sexos tiveram frequências parecidas, apesar da curva crescente das notificações em meninos. Sobre as violências físicas, ambas os sexos tiveram alternâncias de frequências no período do estudo, assim, em um ano os meninos sofreram mais violências físicas, em outro ano as meninas foram as que tiveram mais notificações de violências desta natureza, mas foi possível perceber que nas meninas houve redução em todos os anos, mesmo que discretamente. Já, sobre a violência sexual, é perceptível nos dados que as meninas foram mais violentadas sexualmente do que os meninos, com diferenças significativas nas frequências.

Nesta perspectiva, o distrito sanitário estudado apresentou-se com maior incidência da violência contra adolescentes em comparação com o município em vários anos da série histórica apresentada, tendo como destaque o ano de 2014. Para as prevalências, o ano de 2013 aparece como protagonista na regional do estudo. Destaca-se ainda que a prevalência das violências em meninos ao longo dos anos pesquisados (2011 a 2015) foi maior do que nas meninas, porém, quando se olha para a incidência, ora ano os meninos tinham maior incidência, ora as meninas apresentavam maiores índices das violências.

Nesse momento, cabe refletir sobre a posição de subalternidade de gênero e de geração, como traz à luz o estudo proposto por Gessner, Fonseca e Oliveira (2014), o qual caracteriza os adolescentes vítimas das violências. A subalternidade de gênero e de geração impede que estes adolescentes assumam qualquer posição de defesa, principalmente, quando o ciclo da violência, sobretudo a sexual, ocorre no espaço familiar. Para o rompimento desse ciclo é necessário superar as situações e relações que são ocultadas pelas famílias. Os adolescentes vítimas das violências temem o rompimento da unidade familiar e muitas vezes sofrem com

ameaças de que isso virá a acontecer, caso falem sobre a violência. Assim, o adolescente se submete ao agressor pelas relações intergeracionais e intergêneros, tal relação de poder extremamente desigual entre vítima-agressor-família constitui numa tríade em que as violências são veladas, naturalizadas e silenciadas. A continuidade da violência não é só pelo silêncio da vítima, mas também pelo silêncio dos demais membros da esfera familiar.

Nesse contexto, Breilh (2006) aponta que, na saúde coletiva, as três principais categorias de análise epidemiológica, a classe social, o gênero e a situação étnica, são fontes principais de iniquidades e que estas não se desenvolvem no isolamento, estão intimamente relacionadas e em movimento. E desperta atenção importante para o cuidado de não fragmentar as análises convencionais que manejam estas categorias isoladamente, podendo nos trazer falsa interpretação das dimensões da realidade. O autor menciona ainda a importância de distinguir iniquidade, que tem fonte originária na apropriação do poder: a apropriação privada da riqueza, que deu origem às classes sociais, a apropriação patriarcal do poder e a apropriação do poder por parte de grupos étnicos historicamente situados em vantagem estratégica. Neste sentido, o fenômeno da violência está intimamente ligado a essas categorias – classe, gênero e etnicidade, que devem ser analisadas de maneira que estejam correlacionadas para que não ocorra resultados com distorções, reducionismo ou tendências.

6.2 CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO PARTICULAR

Na dimensão particular, foram evidenciados discursos em duas categorias, a primeira, de **potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente**, e a segunda, de **fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atender adolescentes vítimas de violências**. Como se discutiu anteriormente, se pode verificar que as entrevistadas deram maior ênfase na dimensão singular e pouco se referiram sobre a dimensão particular. Alguns tópicos apontados foram de processos das dimensões da realidade do trabalho individual. Assim, nesta dimensão, a particular, os discursos que apareceram tiveram ênfase no trabalho da rede de proteção em nível distrital e municipal.

Sobre a categoria das **potencialidades**, foram identificados discursos em quatro subcategorias, **as políticas públicas municipais para o enfrentamento das**

violências. No caso, o protocolo da rede de proteção foi mencionado como potencialidade para o trabalho intersetorial e por apresentar claramente os papéis dos atores envolvidos nesse processo e o trabalho do Conselho Tutelar, para dar subsídios para a família em situação de extrema pobreza.

Para Eichherr e Cruz (2017), apesar de a rede intersetorial estar presente nas políticas públicas para o enfrentamento do fenômeno, a articulação desta rede será o resultado de uma construção coletiva que decorre de relacionamentos, negociações, compatibilização de interesses, pactos, movimentos de adesão e interação em que os profissionais sejam participantes das etapas. O autor reforça a necessidade de os profissionais da rede atuarem em ações estratégicas para a mudança da realidade social, pois atualmente se verifica que o enfrentamento é, essencialmente, no cuidado às vítimas, mas não se faz correlação desse com a determinação social das violências no sentido de potencializar o trabalho da rede intersetorial e, conseqüentemente, mudar a realidade.

Convergente com a compreensão apresentada nos discursos das participantes, estudos destacam que o Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência consiste em um conjunto de ações integradas e intersetoriais do Município de Curitiba, para prevenir a violência, principalmente doméstica/intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência, além de ter como objetivo maior contribuir, de forma integrada, para a redução de casos de violência (APOSTÓLICO et al., 2012).

Para Egry et al. (2015) a importância da existência de um protocolo específico para a rede de proteção de crianças e adolescentes vítimas de violências é permitir instrumentalizar os profissionais de saúde, educação e assistência social nos sinais de alerta para a violência. Inicia-se, dessa forma, o processo de trabalho para as notificações, através do preenchimento da ficha de notificação, atendimento das vítimas e suas famílias, conforme as ações integradas e intersetoriais para proteção e prevenção da violência preconizadas pelo Protocolo. Além do acompanhamento da vítima, da família e do agressor nos casos notificados e confirmados, a Rede também desenvolve ações preventivas, como sensibilização dos profissionais e da comunidade sobre o tema e estratégias para intervir precocemente no problema.

Nesse sentido, Gessner, Fonseca e Oliveira (2015) vão além da reflexão sobre o uso de protocolos e enfatizam que reconhecer a magnitude do problema da violência contra adolescentes é fundamental para romper o ciclo da violência intra e

extrafamiliar que afeta a sociedade, permitindo, assim, atuar diretamente na sua prevenção e enfrentamento. Destacam ainda, nesse estudo, que é necessário avançar para além das notificações dos casos, com o desenvolvimento de medidas de promoção de relações equitativas de gênero e geração que valorizem o adolescente como cidadão.

A segunda subcategoria das potencialidades foi apresentada nos discursos sobre **os serviços da rede de proteção no enfrentamento das violências**. Uma das participantes relatou que houve agilidade no atendimento às vítimas de violência pelo SAV (serviço de atendimento às vítimas de violências), outros discursos referiram sobre o trabalho em rede e a presença de profissionais capacitados para o atendimento das situações de violência sem fragilizar ainda mais a família e os adolescentes envolvidos.

Corroborando, nesta reflexão, a proposta para a implantação da Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, pois nos seus pressupostos se propõe que os serviços do território “devem estabelecer um fluxo referenciado”, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviços do Sistema Único da Assistência Social; Conselho Tutelar, Delegacias especializadas, Vara da Infância e Juventude, do Sistema de Justiça e Direitos Humanos; as escolas; assim como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, como sociedade civil organizada (BRASIL, 2012a, p.82, grifo do autor).

As ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências aparecem como a terceira subcategoria nos discursos. A ênfase foi dada por apenas uma participante, que falou sobre a importância da integração dos sistemas de informação e a redução de subnotificações de violências como forma de efetivar o monitoramento das violências contra os adolescentes. Para as articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para os adolescentes, a participante apontou a necessidade de potencializar a parceria entre os núcleos municipais da saúde e da educação para atendimento às vítimas.

Egry, Apostólico e Moraes (2018) discutem estudos que avaliaram um sistema de indicadores de enfrentamento da violência no Brasil e apresentaram falhas

importantes na sistematização dos registros dos atendimentos e casos acompanhados pelos Conselhos Tutelares, Secretarias Municipais de Educação, de saúde e de Assistência social, que denotaram pouca qualidade dos registros institucionais, decorrentes de uma cultura institucional de não valorização dos registros, sendo possível ocorrer, dessa forma, subnotificações, retrabalhos e perda do monitoramento dos casos de violências.

Ribeiro e Silva (2018) enfatizam que a falta de notificação acaba por invisibilizar e/ou ocultar a problemática das violências, em que pese que, em se tratando de crianças, adolescentes, mulheres e idosos, a legislação torna obrigatório o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência. Os autores reforçaram, ainda, que este tema é de total relevância no processo de trabalho da equipe multidisciplinar e da rede intersetorial, debatendo a importância da notificação compulsória de violência como instrumento eficaz de implementação de políticas públicas para as vítimas de violências no território.

Sobre a categoria das fragilidades, foram identificados discursos em quatro subcategorias. A primeira, **as políticas públicas municipais para o enfrentamento das violências**, foi evidenciada nos discursos que se contrapuseram àqueles que foram relacionados à categoria das potencialidades. Como exemplo dessas contraposições estão a falta de poder da rede distrital de proteção e a efetividade das ações distritais da rede de proteção, pois falta agilidade e ações dos serviços e órgãos que compõem a rede de proteção para resolutividade dos casos. Foi citado também a falta de suporte de outros setores para a rede de proteção, como exemplo, o setor da justiça, o que cerceia ainda mais os direitos dos adolescentes vítimas de violências, pois a falta ou a morosidade dos órgãos da justiça acionados para a proteção dos adolescentes e a proteção dos profissionais que denunciam as violências contra esses adolescentes no território pesquisado é comum, o que leva o profissional a temer por sua integridade física naquela realidade. Além disso, foi mencionada a fragilidade do sistema de identificação e documentação civil para menores. O caso relatado foi de uma adolescente que teve alteração de registro, a certidão de nascimento, pelo padrasto que era o agressor, no período em que a mãe biológica se encontrava impedida por internação hospitalar. Esse caso está na rede de proteção, mas não se tem a localização da adolescente, uma situação de sete anos de evolução.

Convergente com os discursos apresentados por Egry, Apostólico e Moraes (2018) apontam a necessidade da efetividade das normativas na rede de proteção, e que estas demandam ações e fluxos intersetoriais que possam acolher as demandas. Para tal, precisam de profissionais qualificados para atuar diante das situações de violência infanto-juvenil. As autoras ainda defendem que, na esfera federal, estadual e municipal, a operacionalização das diretrizes de combate à violências esbarra naquilo que elas estabelecem, deve haver rede de serviços assistenciais em quantidade e organização, recursos financeiros, além de pessoas capacitadas para lidar com situações de violência. Dessa forma, as estudiosas ainda reforçam que, no âmbito de estados e municípios, existe grande dificuldade para assegurar a implantação de redes de proteção com ações e fluxos intersetoriais, por meio da mobilização de recursos de poder, a fim de combater as resistências burocráticas, políticas e institucionais.

Sobre a segunda subcategoria, **os serviços da rede proteção no enfrentamento das violências**, foi evidenciado apenas um discurso enfatizando o monitoramento ineficaz dos serviços que compõe a rede de proteção, devido à rotatividade de profissionais, por mudanças repentinas dos profissionais que atuam nessa rede. Já, na terceira subcategoria, **as ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências**, foi apontada por três participantes a fragilidade do setor educação em não realizar visitas domiciliares para os adolescentes que estão em monitoramento pela rede de proteção. Foram mencionadas também as campanhas municipais, pautadas no modelo hegemônico de saúde pública, como situações estanques para o enfrentamento das violências no município. Dessa forma, ainda foram destacadas as fragilidades do monitoramento por outros órgãos municipais e estaduais dos casos de violências envolvendo adolescentes.

Neste contexto, Paim (2006) ressalta que a saúde pública, como campo de saber e de intervenção sobre a situação de saúde, traz desde sua emergência alguns elementos que persistem na atuação sobre o coletivo, ainda insuficientes. Dessa forma, como novas práticas que considerassem as dimensões objetivas da realidade, nasce a Saúde Coletiva para propiciar uma reflexão crítica sobre os modelos de atenção em distintas conjunturas a partir da análise das relações sociais, e as necessidades sociais de saúde impostas pela realidade que os indivíduos enfrentam na sociedade em que vivem.

Na quarta e última subcategoria, **as articulações intersetoriais nas ações para efetivar a linha de cuidado para os adolescentes** evidenciadas nos discursos reforçam a fragilidade do trabalho intersetorial, no caso, entre as instituições do município e do estado, as quais estão no território, para discussão e planejamento de ações dos casos de violência inseridos na rede de proteção. Também houve destaque sobre a necessidade do uso de coerção do conselho tutelar para resolver alguns casos, pois há morosidade dos outros órgãos federados para solucionar os casos de violências contra adolescentes. Foi apontado a existência de corrupção, assim como a convivência de órgãos envolvidos na proteção de adolescentes, um processo que permite que o indivíduo continue por um longo tempo no ciclo da violência.

Para Javornik (2014) a discussão sobre a legitimação e a positivação de espaços intersetoriais facilita a discussão de políticas públicas intersetoriais. No caso da Rede de Proteção, a atuação não deve ficar ao encargo das capacidades pessoais ou restrita à ação de cada órgão ou instituição. Ainda para a autora, o monitoramento dos casos de violências contra adolescentes é de suma importância, não somente nos espaços de atuação setorial, pois

A articulação não deve se restringir às reuniões locais regionais ou mesmo de coordenação municipal, necessitam ser articuladas a nível macro, de forma que haja um melhor acompanhamento dos casos de violência, para também observar e prevenir a reincidência, observando o contexto social em que os adolescentes estão inseridos, e que deve ser considerado para a elaboração e conformação de políticas públicas no território em questão (JAVORNIK, 2014, p.120).

As ações intersetoriais dependem do diálogo, da observação de contexto, ampliação de conceitos e avanços na defesa dos direitos humanos, com discussão ampla com a sociedade, com apontamentos para as suas diferenças e desigualdades, no sentido de garantir equidade para permitir o desenvolvimento da justiça social. Nessa perspectiva, a violência sofrida por adolescentes deve ser enfrentada com políticas públicas convergentes, no sentido de ampliar o acesso aos serviços e equipamentos, estruturando e reestruturando os espaços de discussão (JAVORNIK, 2014).

6.3 CATEGORIAS RELACIONADAS À DIMENSÃO GERAL

Na dimensão geral, foram evidenciados discursos em apenas uma categoria, **as fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atender adolescentes vítimas de violências**, e se teve apenas duas subcategorias encontradas nos discursos analisados. A **fragilidade das políticas públicas para o enfrentamento das violências** foi evidenciada por uma participante, que apontou a luta para transformar a linha de cuidado da rede de proteção numa política pública efetiva, na perspectiva de garantia dos direitos de crianças e dos adolescentes. No discurso foi ressaltado a densidade de legislações a favor desses grupos populacionais, mas que ainda são vítimas de violências expressas em números absurdos. Houve também destaque para a falta de compromisso do Estado com os adolescentes e suas famílias, ao não dar condições materiais básicas para a vida na sociedade atual. A segunda e última subcategoria foi a **fragilidade das ações, os recursos e os instrumentos utilizados para atender adolescentes vítimas de violências**, destacando o sistema nacional de informação de notificações de violências, o SIPIAWEB, que é utilizado pelos conselhos tutelares em todo o país, mas que não funciona adequadamente por falta de inserção de dados no sistema. Dessa forma, se fragiliza o monitoramento dos casos que envolvam adolescentes vítimas de violências.

Convergente com o discurso sobre a luta para transformar a linha de cuidado da rede de proteção numa política pública efetiva, Javornik (2014) reforça pelos seus estudos que a Rede de Proteção, muitas vezes, não é reconhecida ou fortalecida pelas políticas públicas, pois as ações necessitam ser mais articuladas e intersetoriais, dessa forma, as políticas públicas devem dialogar efetivamente para garantir o espaço de trabalho para a rede de proteção. A autora discute que há um fluxo na rede de proteção a ser seguido, reuniões a serem realizadas, casos a serem discutidos e encaminhados, e que cada qual realiza o que é necessário dentro das atribuições próprias de seu órgão ou instituição, mas reforça que não há discussão de políticas públicas intersetoriais, fortalecidas e reconhecidas.

A autora aponta ainda que, quando há diferenças de acesso aos direitos constitucionais como a educação, assistência social, saúde, esporte, lazer e cultura, os adolescentes são expostos e fragilizados, favorecendo as situações de violência às quais se submeterão.

Na perspectiva de um efetivo sistema de notificações, Egry, Apostólico e Moraes (2018) reforçam que a notificação é uma das principais etapas no processo de enfrentamento da violência infanto-juvenil, partindo dela derivam ações no âmbito das redes de atenção e proteção, promoção, prevenção de reincidências e fortalecimento de uma linha de cuidado às vítimas de violências.

Para finalizar a discussão da dimensão geral, Breilh (2006) ressalta que as políticas públicas definem parte das violências, como a negligência. Pode-se exemplificar esta afirmação pelo valor do salário mínimo que o Estado define para o trabalhador, que não dá condições de subsidiar condições materiais para a vida da família. E, neste sentido, não dá apenas para um dos responsáveis pelo adolescente trabalhar, necessita que ambos (pais e /ou responsáveis) dependam de trabalho, geralmente com carga horária de mais de oito horas por dia. Além disso, há de ser considerado o tempo de deslocamento da casa ao trabalho, na maioria das vezes essas pessoas moram na periferia e trabalham a distâncias consideráveis do domicílio. Este cenário favorece que os adolescentes fiquem por mais tempo sem supervisão domiciliar, quando não estão na escola ou em outros espaços em que seus direitos sejam garantidos, tendo-se assim grande possibilidade de se envolverem no ciclo da violência.

7 CONCLUSÃO

Como foi visto no presente estudo, a violência, por ser um fenômeno complexo, com diferentes abordagens nas dimensões da sociedade, requer um olhar diferenciado para o seu enfrentamento, seja este por parte dos profissionais que estão envolvidos no atendimento às vítimas e suas famílias, seja por parte dos gestores que elaboram e/ou promovem a implementação das legislações para que se efetive a garantia dos direitos dos grupos que são vítimas de violências. No caso deste estudo, os adolescentes de 10 a 14 anos moradores de um distrito sanitário localizado ao sul do Município de Curitiba-PR.

A contribuição do presente estudo, ancorado na saúde coletiva e na epidemiologia crítica, é apresentar uma perspectiva crítica sobre o fenômeno das violências contra adolescentes e fazer a defesa da vida e do bem-estar para esses indivíduos. Como também defender os direitos deste grupo para que esses possam gozar de uma vida adulta sem as marcas e sequelas das violências.

A presente pesquisa descreveu as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências no distrito sanitário estudado. Para isso, foi analisado o banco de dados sobre as violências contra adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, no período de 2011 a 2015, do município e do Distrito Sanitário Bairro Novo, cenário deste estudo, bem como caracterizou o território com seus serviços e equipamentos que atualmente compõem a Rede de Proteção, e descreveu as ações e as articulações intersetoriais ofertadas para os adolescentes vítima de violências.

Foi possível identificar que existem processos de determinação social que se encontram na estrutura da sociedade e que se concretizam na singularidade do território estudado, assim, o cotidiano desses indivíduos é constituído de processos de desgastes que levam às violências nas suas diferentes naturezas. Pode-se relacionar essa determinação a partir da historicidade da ocupação do território pela população que ali vive. A região sul do Município de Curitiba, onde está o cenário da pesquisa, foi a última região a ser ocupada no município, com ajuda da especulação de mercado econômico, o qual favoreceu primeiramente as ocupações de regiões centrais do território municipal, concentrando também neste a prestação de serviços e a presença de ações do Estado. Assim, os preços de moradias localizadas na região central tornaram-se inacessíveis para pessoas que possuem menor faixa de

renda. Dessa forma, as pessoas com menor poder aquisitivo foram empurradas para as periferias dos grandes centros urbanos, como é o caso de Curitiba, chamadas por alguns epidemiologistas como “franjas da cidade”, para ocupar espaços com presença fragilizada do Estado e, muitas vezes, regiões com menor acesso à serviços. A regional do Bairro Novo, é uma das últimas regionais do município a ser ocupada, apresentando uma população jovem, economicamente ativa, porém que ainda não tem raízes consolidadas naquele território.

Foi possível também se verificar que, paralelo à esta ocupação, há um aumento de casos de violências, pela análise da série histórica do estudo referente ao período de 2011 a 2015. E que esse fenômeno ali instalado tem relação com a presença do narcotráfico e rixas de gangues, apresentando, neste sentido, a fotografia de mortes violentas de natureza penal por homicídios dolosos, latrocínios e lesão corporal, conforme demonstrado com os dados da Secretaria de Segurança Pública do Paraná.

Sobre os tipos de violências notificadas contra os adolescentes da faixa etária de 10 a 14 anos residentes no território, encontrou-se a prevalência das negligências, está ocorrendo no espaço domiciliar, na maioria dos casos. Esta expressão de violência contra os adolescentes residentes naquele território tem características específicas, pois é uma violência intrafamiliar, perpetrada pelos pais e/ou responsáveis, nesses casos, sem expressão de gênero e sim de sexo, pois a ficha de notificação individual não se tem a perspectiva de gênero. Assim, ora meninos são mais negligenciados, ora meninas, mas tem ali uma geração que cuida desses adolescentes que é aquela que perpetra as violências no espaço privado da família. Dessa forma, este estudo buscou entender como a linha de cuidado contínuo para atenção integral à saúde da criança e do adolescente e suas famílias em situação de violência pode ser efetiva no enfrentamento desses casos de violências.

No território estudado, não foram identificados espaços de cultura e lazer suficientes e acessíveis para os adolescentes residentes na regional, assim, se reflete sobre as horas vagas desses indivíduos, pois os adolescentes, quando não estão na escola, não têm outros dispositivos que os acolham. Existem no território as praças e espaços públicos que já foram tomados pelo tráfico de drogas e outras ações ilícitas que se tornam atraentes para esses adolescentes e, consequentemente, promove a continuidade do ciclo das violências.

Os objetivos desse estudo foram atingidos, pois se caracterizou o cenário da pesquisa, se analisou o banco de dados de violências no território e se confrontou tais dados com os dados do município, atrelados aos discursos dos membros da rede de proteção que atendiam os adolescentes vítimas de violências e suas famílias. Essas informações possibilitaram descrever mais fragilidades do que potencialidades para a consolidação da linha de cuidados contínuos para esses indivíduos que são vítimas de violências.

Nos discursos dos entrevistados, que eram envolvidos no atendimento a este grupo, percebeu-se densidade dos aspectos frágeis nas dimensões da realidade objetiva- geral, particular e singular. E ainda, houve a possibilidade de se identificar, por meio dos discursos das participantes, quais eram os serviços que compõe a rede de proteção, bem como as ações e as articulações intersetoriais para o enfrentamento das violências contra os adolescentes do território pesquisado. Dessa forma, a fala dos participantes esteve voltada a dimensão singular, e assim, demonstraram que suas reflexões se voltam para efetivar o enfrentamento das violências que são reconhecidas no território, no cotidiano do trabalho de cada um, isso independente do setor em que atuam, pois diante da fragilidade das políticas e dos recursos dependem de apoio local para serem efetivos em suas ações.

Diante do contexto demonstrado no presente estudo, há a preocupação de como podemos realmente efetivar a linha de cuidado contínuo para atender adolescentes vítimas de violências em territórios periféricos de grandes cidades. Uma política pública deveria ser efetivada frente aos dados que mostram a dimensão deste fenômeno, que nos fazem refletir sobre como os profissionais vão dar conta dessas situações de violência complexas apenas com seu trabalho, pois há uma dimensão subjetiva neste que é inevitável que ocorra e nela há uma contaminação dos profissionais diante das situações que são inaceitáveis descritas em vários casos, conforme os relatos das entrevistadas.

Cabe destacar que muitas vezes os profissionais descreveram casos em que acharam que dariam conta das situações de violência encontradas, isso com seus envolvimento e empenhos pessoais, com boa vontade e inspiração. Mas com o tempo perceberam que há vários impeditivos para que se tivesse uma solução efetiva para aquela situação e, ainda, que cada vez que buscavam realizar os atendimentos para os casos, outros tantos chegavam. Um cotidiano de trabalho que é tomado por um ciclo interminável, pois não se consegue alterar a determinação

dos casos. O enfrentamento está apenas na singularidade, no adolescente e na sua família, não há possibilidade de se efetivar o cuidado contínuo para retirar o adolescente da situação de violência, pois fica fora da ação o agressor, as condições precárias de vida daquela família, as ações no território e na comunidade.

Para o enfrentamento efetivo, conforme propõe a política de cuidado contínuo, é necessário envolver mais setores nas ações, além dos três mais citados - saúde, educação e assistência social. É preciso fazer a discussão sobre as violências com a população, para que os indivíduos e coletivos tomem ciência da dimensão do problema que enfrentam e também de suas consequências. Temos a clareza de que as pessoas que estão inseridas no ciclo das violências não têm capacidade de fazer uma análise crítica deste processo, pois estão implicadas e comprometidas nele. Assim, há uma naturalização do fenômeno que vem ao encontro do comportamento estabelecido por gerações que ensinaram educar por meio de atos violentos intrafamiliares. Esses passaram a ser naturais, uma aprendizagem que acontece no cotidiano e, sem um processo educativo com alteração na cultura dos castigos e atos violentos, não é apresentada aos indivíduos uma nova forma de se estabelecer relações de respeito e educação entre os membros da família e da comunidade. Ainda acrescentado à esta reflexão de que neste cotidiano se registram as ausências do Estado na distribuição do bem comum para a sociedade e que há a presença do narcotráfico, tais questões impõem mais processos de desgastes àqueles que vivem nesses territórios periféricos.

Nessa perspectiva, as instituições que estão no território e que representam o Estado, e que poderiam fazer intervenções pontuais com ações efetivas de mudanças do contexto apresentado, lidam com condições precárias para a intervenção. A ação, muitas vezes, se resume no compromisso do profissional com o seu trabalho para que a rede de proteção realmente aconteça.

Contraditoriamente, neste estudo foi possível observar que os técnicos da rede de proteção para o enfrentamento das violências, ao mesmo tempo em que são aqueles que intervêm para enfrentar as situações, também fazem parte daqueles que naturalizam o fenômeno. Isso devido aos discursos técnicos, ancorados no modelo biologicista, com os quais explicam as violências que têm de enfrentar. Os casos a serem enfrentados e os dados epidemiológicos lhes fazem perceber suas limitações para intervir, pois suas atribuições são limitadas, além disso, as condições materiais para a resolução dos casos não estão ao seu alcance, na maioria das

vezes. Tal contradição é reforçada pelos próprios documentos oficiais que normatizam as ações, programas e protocolos, pois nesses se reforça a corresponsabilidade dos profissionais que atuam na prevenção e monitoramento das violências e a responsabilidade sobre os casos que possam vir a ter um fim indesejável. O Estado exime-se das responsabilidades, atribuindo essas aos técnicos e/ou para os usuários que sofrem com as violências, demonstrando assim o discurso positivista, pautado no modelo biológico, sem olhar para a determinação do problema.

Sobre as potencialidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências, foi identificado nos discursos das participantes o comprometimento desses profissionais que compõem a rede de proteção, com ajuda pontual de alguns membros da sociedade civil, familiares das vítimas que se solidarizaram com os casos graves apresentados e auxiliaram na busca de soluções.

É importante ressaltar que o Município de Curitiba tem um grande avanço, na sua história, que é a consolidação da Rede de Proteção no município por meio de ações da Secretaria Municipal de Saúde. E, ainda, se destaca o diferencial no sistema de notificação, a organização da rede de proteção nos distritos sanitários, sensibilização de profissionais da saúde, da educação e da ação social para a captação dos casos. Mas ainda existem algumas fragilidades, pois é necessário promover condições materiais para o trabalho, como também promover a qualificação dos profissionais que estão na rede de proteção para efetivar a linha de cuidado. Dessa forma, a intervenção não pode se restringir ao agredido, no caso a vítima, precisa-se pensar que, além daquele que sofreu a violência, há aquele que perpetra a violência, seja o agressor ou aquele que se cala diante do ato de violência. Também é preciso pensar na determinação das violências que são de um determinado território, é imprescindível enfrentar o processo de determinação das violências naquele local, pois este tem relação com o modo de viver e as condições de vida da população que ocupa esse espaço, assim como com a organização econômica e social da sociedade atual.

Por fim, sugere-se que estudos aprofundem ainda mais o olhar sobre esta temática, no sentido de analisar as diferentes facetas deste fenômeno, pois as violências são um fenômeno complexo e amplo. Aqui recortamos um fragmento, uma parte de uma dada realidade, para ser analisado e discutido. Não podemos

generalizar o que foi encontrado, mas podemos dizer que, a partir dos achados desta pesquisa, outros estudos devem ser realizados para aprofundar e discutir um fenômeno que tanto preocupa os setores da sociedade atual, para que se possa, a partir de reflexões consolidadas, enfrentá-lo, monitorá-lo e, principalmente, promover a mudança na sua determinação.

A determinação social do fenômeno das violências tem que ser pensada, para que se consiga fazer enfrentamentos que sejam resolutivos para essas gerações, no caso fala-se dos adolescentes. É necessário colocar uma “cunha” aqui entendida como o enfrentamento nos casos da violência no sentido de romper com a realidade das violências nos territórios periféricos de grandes centros urbanos com ações contínuas, para tal há que se atuar em processos de determinação presentes nas diferentes dimensões da realidade. Precisa-se que políticas públicas realmente sejam traduzidas em ações concretas para que a linha de cuidado contínuo e a atenção integral à saúde de crianças e de adolescentes definitivamente se consolidem, no sentido de evitar o comprometimento de gerações futuras com este fenômeno.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agraba em la región. **Bol. Epidemiol. OPS**, Washington, v. 10, n. 11, supl.1, p. 7, 1990.

ALBUQUERQUE, L. M. **Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica**. 176f.. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014

ALBUQUERQUE, G. C. S.; SOUZA, M. J. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. 103, p. 963-965, 2014.

APOSTÓLICO, M.R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.

AYRES, J.R. de C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M.(Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Retificada no Diário Oficial da União, 27 ago. 1990a. Seção 1, p. 18551.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.102, 21 nov. 1990b. Seção 1, não p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**. Brasília: CONANDA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF; 12 dez. 2012c. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbimortalidade por violências no Brasil: um retrato de contornos em construção. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** Saúde Brasil. 10.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 241-395. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cartilha

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Relatório Avaliativo - ECA 25 anos: + direitos – redução**. Brasília: CONANDA, 2016.

BREILH, J. La crisis de la reproducción familiar e infantil frente a la globalización. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.36, n.3, p.210-21, 2002.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. 3. ed. Curitiba: SMS, 2008

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). **Retrato das Regionais**: Regional Bairro Novo. [Internet]. Curitiba: IPPUC, 2013. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/default.php?pagina=391>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). **Mapas**: Regionais [Internet]. Curitiba: IPPUC, 2016. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia em Saúde. Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Relatório de violência contra crianças e adolescentes**: perfil dos casos notificados em 2011 a 2015. Curitiba, 2016.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. supl, 1163-1178, 2007.

EGRY, E.Y. et al. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 556-563, 2015.

EGRY, E.Y.; APOSTÓLICO, M.R.; MORAIS, T.C.P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 83-92, 2018.

EICHHERR, L.M.; CRUZ, L.R. da. Violência contra crianças e adolescentes:(in) visibilidades e problematizações. **PSI UNISC**, Santa Cruz Do Sul, v. 1, n. 1, p. 74-87, 2017.

FONSECA, D. H. da; RIBEIRO, C.G.; LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

GESSNER, R.; FONSECA, R.S.; OLIVEIRA, R.N.G. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n.esp., p. 102-108, 2014.

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas**: como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GONDIM, G.M. de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.183-203.

GRAZIANO, A.P.; EGRY, E.Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo**, v. 46, n. 3, p. 650-656, 2012.

HORA, T.D. da; PAIVA, A.R. de. Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 296-316, 2017.

JAVORNIK, A. **O papel da Secretaria Municipal de Educação e da Fundação de Ação Social de Curitiba no atendimento à crianças e adolescentes vítimas de violência**. 163f. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 3689-3696, 2011.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: ANTUNES, R. (Org.). **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 35-70.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 83-91.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005a.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M.C.S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2007-2016/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

OLIVEIRA, W. F. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 42- 53, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Resolução n. 45/25, de 20 novembro de 1990. A Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança – Carta Magna para as crianças de todo o mundo. **Assembleia Geral das Nações Unidas**, Genebra, SUI, 20 nov. 1990.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. SALVADOR: EdUFBA, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2011.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2013.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Segurança Pública do Paraná (SESP). **Relatório estatístico criminal quantitativo de vítimas de crimes relativos à morte**. Curitiba: SESP, jan./dez. 2016.

PERNA, P.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Revista Trabalho Necessário [online]**, v. 6, n. 6, não p., 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S. da; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 728-733, 2014.

PORTAL TRATAMENTO DE ÁGUA. [Internet]. 2011. Disponível em: <<https://www.tratamentodeagua.com.br/artigo/o-esgoto-sanitario-a-origem/>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

RIBEIRO, R.U.P.; SILVA, A.L. da. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? **Revista LEVS**, Marília, v.1, n. 21, p.115- 130, 2018.

SOUZA, L. C. C. **Formação e trabalho do educador social: estudo dos editais de concurso público na região metropolitana de Curitiba**. 153f. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, 2014.

SOUZA, F.N.; COSTA, A.P.; MOREIRA, A. Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA. **Atlas da VII Conferência internacional de TIC, na educação: perspectivas de Inovação**. [Internet]. Braga/ POR: Challanges, 2011. p. 49-56. Disponível em: <<http://www.webqda.com/wpcontent/uploads/2012/06/artigoChallanges2011.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 items for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, Oxford/ENG, v.19, n.6, p.349-357, 2007.

VIEIRA, M.S. A interface entre a violência sexual contra crianças e adolescentes e a violência de gênero: notas críticas acerca do cenário do município de Porto Alegre. **Revista Margens Interdisciplinar**, Porto Alegre, v. 9, n. 12, p. 254-269, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Marta Nolasco Chaves, Professora e Ana Paula Machado Marques, Aluna de Pós-Graduação, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional membro da Rede de Proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo, a participar de um estudo intitulado “Violências contra o Adolescente em um Distrito Sanitário: as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado na Rede de Proteção”.

O objetivo desta pesquisa é identificar as potencialidades e fragilidades para efetivar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violências em um distrito sanitário no município de Curitiba.

Caso você participe desta pesquisa, será necessário que você responda uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita.

- a) Para tanto você deverá comparecer no Distrito Sanitário Bairro Novo, em data e horário agendados previamente, conforme sua disponibilidade. Essa atividade terá duração aproximada de 1 (uma) hora.
- b) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato de estar respondendo perguntas referentes ao seu processo de trabalho, gerando certo constrangimento ao longo da pesquisa. Neste sentido, se você sentir algum desconforto, você pode sair ou desistir de participar do estudo quando quiser sem qualquer prejuízo a você.
- c) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser inerentes ao tema abordado durante a entrevista, gerando desconforto. Você poderá solicitar a interrupção da atividade ou desistir de participar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo a você.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são contribuir para a política e as ações da linha de cuidado na Rede de Proteção para adolescentes vítimas de violência, promovendo subsídios para o fortalecimento da Rede de Proteção do município de Curitiba.
- e) As pesquisadoras Maria Marta Nolasco Chaves e Ana Paula Machado Marques, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na Rua Padre Camargo, nº 280, Alto da Glória, em Curitiba, 5º Andar, nos telefones fixo (41) 3360-7279, ou celular de Ana Paula - (41) 991667440, no email aninhap.machado@gmail.com, e Maria Marta – (41) 991929543, e-mail: mnolascochaves@gmail.com, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser fazer mais parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelas pesquisadoras Maria Marta Nolasco Chaves, professora e Ana Paula Machado, aluna de Pós- Graduação. No entanto, se

qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

- h) O material obtido pelas entrevistas será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo dentro de 5anos, no período ficará sob a guarda das pesquisadoras.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- j) Quando os resultados forem divulgados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD)do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone3360-7259.

Eu, _____li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão me afete pessoalmente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: Pesquisador

Responsável ou quem aplicou o TCLE: Orientador:

Co-orientadora:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD

Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br –Telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apresentação: Olá, meu nome é Ana Paula Machado Marques, sou Enfermeira e estou realizando uma pesquisa com os membros da rede de proteção de crianças e adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, vítimas de violência no Distrito Sanitário Bairro Novo. Gostaria de contar com sua participação. Para isso, será necessário responder algumas questões norteadoras da pesquisa.

Dados Pessoais:

Nome: Idade:

Profissão:

Equipamento Público em que atua:

Há quanto tempo atua na Rede de Proteção:

Perguntas Norteadoras

- Fale sobre sua experiência na Rede de Proteção do Distrito Sanitário Bairro Novo no atendimento aos adolescentes de 10 a 14 anos de idade vítima de violência.
- Me conte um caso que envolva adolescente de 10 a 14 anos de idade vítima de violência que você atendeu ou que foi atendido por outro membro da Rede de proteção e que você pôde acompanhar.
- Nesse caso relatado, quais foram as ações realizadas pelos membros da Rede de Proteção para o enfrentamento da situação encontrada?
- Nos encaminhamentos, quais foram as instituições e profissionais acionados para a intervenção?
- Fale sobre as dificuldades ou fragilidades encontradas para o enfrentamento da situação do caso relatado.
- Fale sobre as facilidades e potencialidades encontradas para o enfrentamento da situação do caso relatado.
- Você sabe como está o andamento do caso deste adolescente atendido?

Muito obrigada por sua participação!

ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL



FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	*3 Data da notificação ____/____/____		A Hora do atendimento (00:00- 23:59) ____:____		*4 UF PR	8 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902	
	6 Unidade Notificadora (UN) 1 – Unidade de Saúde 2 – Unidade de Assistência Social 3 – Estabelecimento de Ensino 4 – Conselho Tutelar 5 – Unidade de Saúde Indígena 6 – Centro Especializado à Mulher 7 – Outros								
Notificação Individual	*7 Nome e Código da UN			8 Unidade de Saúde		*9 Código de CNES ____/____/____		*8 Data da ocorrência da violência ____/____/____	
	*10 Nome						*11 Data de nascimento ____/____/____		
	*12 Idade 1 – Hora 2 – Dia 3 – Mês 4 – Ano		*13 Sexo M – Masculino F – Feminino I – Ignorado		*14 Gestante 1 – 1º trimestre 2 – 2º trimestre 3 – 3º trimestre 4 – Idade gestacional ignorada 5 – Não 6 – Não se aplica 9 – Ignorado			*15 Raça/Cor 1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 – Ignorado	
	16 Escolaridade 0 – Analfabeto 4 – Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 8 – Educação superior completa 1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 5 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 9 – Ignorado 2 – 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 6 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 10 – Não se aplica 3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 7 – Educação superior incompleta								
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe / responsável			9 Nome do pai / responsável			
Dados de Residência	*19 UF ____		*20 Município de residência			Código (IBGE)		21 Distrito / Regional	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida...)						Código
	24 Número		25 Complemento (apto, casa...)			26 Vila		26 Geo Campo 1	
	27 Geo Campo 2		28 Ponto de referência				29 CEP ____-____/____		
	30 (DDD)Fone ____-____/____			31 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado			32 País (se reside fora do Brasil)		
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social (se travesti / transexual)				34 Ocupação				
	35 Situação conjugal/Estado civil 1 – Solteiro 3 – Viúvo 8 – Não se aplica 2 – Casado/união consensual 4 – Separado 9 – Ignorado				36 Orientação sexual 3 – Bissexual 1 – Heterossexual 8 – Não se aplica (criança de 0 a 9 anos) 2 – Homossexual (gay/lésbica) 9 – Ignorado				
	37 Identidade de gênero 3 – Homem transexual 1 – Travesti 8 – Não se aplica 2 – Mulher transexual 9 – Ignorado				38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado				
	39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 – Ignorado Deficiência física Deficiência visual Transtorno mental Outras _____ Deficiência intelectual Deficiência auditiva Transtorno de comportamento								
Dados da Ocorrência	40 UF ____		41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		42 Distrito/Regional	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida...)						Código
	45 Número		46 Complemento (apto, casa...)			47 Vila		47 Geo Campo 3 48 Geo Campo 4	
	49 Ponto de referência		50 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado			51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) ____:____			
	52 Local de ocorrência 01 – Residência 04 – Local de prática esportiva 07 – Comércio/serviço 02 – Habitação coletiva 05 – Bar ou similar 08 – Indústria/construção 03 – Escola 06 – Via pública 09 – Outro: _____				53 Ocorreu outras vezes 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado				
Tipologia da Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01 – Sexismo 07 – Situação de rua 02 – Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia 03 – Racismo 08 – Deficiência 04 – Intolerância religiosa 09 – Outros Qual? _____ 05 – Xenofobia 88 – Não se aplica 06 – Conflito geracional 99 – Ignorado				56 Tipo de violência 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal Psicológica / moral Financeira / econômica Tortura Negligência / abandono Sexual Trabalho infantil Se Negligência, de: Proteção Saúde Educação Estrutural				
	57 Meio de agressão 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado Força corporal/espantamento Objeto perfuro-cortante Enforcamento Substância/objeto quente Objeto contundente Envenenamento/ intoxicação				58 Natureza 1 – Doméstica/familiar 2 – Extrafamiliar 4 – Institucional 3 – Autoagressão 5 – Violência fetal				

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência contra o Adolescente em um Distrito Sanitário: as Potencialidades e as Fragilidades para consolidar a Linha de Cuidado na Rede de Proteção

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76603717.4.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.318.618

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendências do projeto de Pesquisa: Violência contra o Adolescente em um Distrito Sanitário: as Potencialidades e as Fragilidades para consolidar a Linha de Cuidado na Rede de Proteção, sob a coordenação da professora Maria Marta Nolasco Chaves e tendo como colaboradora Ana Paula Machado Arques, encaminhado pelo Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as potencialidades e fragilidades para consolidar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violência em um distrito sanitário no município de Curitiba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segundo as pesquisadoras :

Riscos:

O risco, inerente ao tema abordado, será para o participante como o de constrangimento durante a entrevista por se tratar de um tema que envolve um momento de vulnerabilidade para responder o instrumento de entrevista semiestruturada, mesmo sendo assegurados a privacidade, a confidencialidade dos dados e da identificação do participante que não será divulgada em nenhum momento e que este poderá desistir em participar do estudo a qualquer momento. Ainda sobre os

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.318.618

riscos, asseguramos que qualquer tipo de informação sobre o banco de dados que possa identificar o adolescente será resguardado e não identificado.

Benefícios:

Outros benefícios virão com a publicação dos resultados, estando disponíveis para todos os profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e demais interessados na temática. Dessa forma, espera-se que essas evidências subsidiem ações para a melhoria da linha de cuidado para adolescentes vítimas de violência inseridas na Rede de Proteção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

todas as pendências foram atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os documentos foram apresentados

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.318.618

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_996041.pdf	29/09/2017 13:00:55		Aceito
Outros	Carta_CEP_Correcao.docx	29/09/2017 12:58:10	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ANAPaulam ACHADOMARQUEScorrigido.doc	29/09/2017 12:56:54	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	ANALISE_DE_MERITO_ASSINATURA.pdf	28/09/2017 23:00:06	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	CHECK_LIST.pdf	13/09/2017 20:58:52	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	OFICIO_DO_PESQUISADOR_ENCAMINHANDO O PROJETO AO CEP SD.	13/09/2017 20:56:42	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	13/09/2017 20:55:58	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	ATA_DE_APROVACAO_DO_PROJETO.pdf	12/09/2017 15:06:39	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADES NO PROJETO.pdf	12/09/2017 15:01:14	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_PUBLICACAO.pdf	12/09/2017 15:00:19	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO DE MATERIAL.pdf	12/09/2017 14:57:13	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_INICIO DA PESQUISA.pdf	12/09/2017 14:43:39	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	12/09/2017 14:41:01	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/09/2017 14:21:31	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Outubro de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.318.618

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência contra o Adolescente em um Distrito Sanitário: as Potencialidades e as Fragilidades para consolidar a Linha de Cuidado na Rede de Proteção

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76603717.4.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.369.289

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas às pendências do Projeto de Pesquisa do Mestrado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Pesquisadora responsável MARIA MARTA NOLASCO CHAVES.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: identificar as potencialidades e fragilidades para consolidar a linha de cuidado para atenção integral ao adolescente vítima de violência em um distrito sanitário no município de Curitiba. Objetivos secundários: Analisar as notificações de violência contra adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, em um distrito sanitário no município de Curitiba, no período de 2011 a 2015; Caracterizar os serviços que compõem a Rede de proteção para efetivar a linha de cuidado para o adolescente vítima de violência em um distrito sanitário no município de Curitiba; Descrever as ações recebidas e o percurso dos adolescentes vítima de violência nos Serviços da Rede de proteção; Identificar as articulações intersetoriais para efetivar a linha de cuidado na Rede de proteção para o adolescente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadoras, existe o risco de o participante sentir-se constrangido durante a entrevista, minimizado pela entrevista em sala reservada e garantia de o entrevistado poder desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento. Os dados referentes à pesquisa

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.369.289

(registros, áudios, transcrições, e diário de campo) ficarão em posse da pesquisadora principal, do início ao fim da pesquisa, comprometendo-se em guardar em absoluto sigilo e anonimato, preservando assim a intimidade dos participantes – todo o material será destruído dentro de 5 anos (conforme consta no TCLE). Como benefícios as pesquisadoras relatam que os resultados obtidos poderão subsidiar ações para a melhoria da linha de cuidado para adolescentes vítimas de violência inseridas na Rede de Proteção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com pendências atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Providenciados documentos faltantes: Requerimento para apreciação de projeto de pesquisa apresentado, Declaração de Ausência de Custos para a SMS e Declaração de ciência de interesse de campo de pesquisa. Adequado o TCLE. Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Providenciados os termos/documentos faltantes. (2) TCLE foi adequado. (3) Esclarecido e corrigido no projeto que a parte quantitativa trata-se de notificações de adolescentes no Distrito Sanitário Bairro Novo. (4) Corrigido no projeto a fonte dos dados: 2011 e 2012 no Epi Info e a partir de 2013 no SINAN. (5) A pesquisadora deverá entrar em contato com o Centro de Epidemiologia / Coordenação das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, coordenadora Anna Rosa Rissatto Ruzyk, telefone 3350-9432, para combinar sobre fornecimento do banco com as variáveis solicitadas. Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.369.289

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1010574.pdf	26/10/2017 00:40:00		Aceito
Outros	Requerimento_para_Apreciacao_de_Projetos_de_Pesquisa_SMS.doc	26/10/2017 00:38:37	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	Declaracao_de_ciencia_interesse_campo_pesquisa.pdf	26/10/2017 00:37:53	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_custos.doc	26/10/2017 00:36:56	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	Carta_CEP_CorrecaoBdoc.doc	26/10/2017 00:36:22	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ANAPaulamACHADOMARQUEScorrigidoB.doc	26/10/2017 00:31:03	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigidoB.doc	26/10/2017 00:30:28	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	Carta_CEP_Correcao.docx	29/09/2017 12:58:10	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ANAPaulamACHADOMARQUEScorrigido.doc	29/09/2017 12:56:54	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	ANALISE_DE_MERITO_ASSINATURA.pdf	28/09/2017 23:00:06	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	Análise_de_Merito.docx	15/09/2017 09:18:38	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	CHECK_LIST.pdf	13/09/2017 20:58:52	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	OFICIO_DO_PESQUISADOR_ENCAMINHANDO O PROJETO AO CEP SD.	13/09/2017 20:56:42	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	13/09/2017 20:55:58	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ANAPaulamACHADOMARQUES.doc	13/09/2017 20:55:25	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	ATA_DE_APROVACAO_DO_PROJETO.pdf	12/09/2017 15:06:39	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADES NO PROJETO.pdf	12/09/2017 15:01:14	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_PUBLICACAO.pdf	12/09/2017 15:00:19	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO DE MATERIAL.pdf	12/09/2017 14:57:13	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.369.289

Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	12/09/2017 14:43:39	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_ANAPULAM ACHADOMARQUES.doc	12/09/2017 14:42:56	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	12/09/2017 14:41:01	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/09/2017 14:21:31	MARIA MARTA NOLASCO CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 07 de Novembro de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br